



**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

**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

**DOCUMENT D'ORIENTATION**

**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](http://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 : 978-2-550-53022-0 (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

## LISTE DES SIGLES

CGR	Comité de coordination du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre hospitalier de soins de longue durée
CHR	Centre hospitalier régional ou Centre hospitalier avec une mission régionale en néphrologie et suppléance rénale
CHRDL	Centre hospitalier régional de Lanaudière
CHRTR	Centre hospitalier régional de Trois-Rivières
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
CODIR	Comité de direction du Ministère
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
DP	Dialyse péritonéale
ETP	Équivalent temps plein
FRC	Fonds de recherche du Canada
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
HD	Hémodialyse à domicile
HMR	Hôpital Maisonneuve-Rosemont
HSA	Hémodialyse semi-autonome
HT	Hémodialyse traditionnelle
HTA	Hypertension artérielle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IR	Insuffisance rénale
IRC	Insuffisance rénale chronique
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
MCV	Maladies cardiovasculaires
MESSF	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PFT	Programme fonctionnel et technique
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RCITO	Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAAQ	Société d'assurance automobile du Québec
SP	Santé publique
450	Régions limitrophes de la région de Montréal

## REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les personnes qui ont collaboré à la production de ce document.

Tout d'abord un merci particulier à Martin April, Vincent Corbeil et Harold Côté, qui ont fourni des données sur l'activité des néphrologues, et à Guillaume Fontaine pour le travail de cartographie qui a notamment permis d'apprécier l'accessibilité aux centres de dialyse.

Un merci également aux personnes qui nous ont fait part d'expériences vécues dans leur milieu :

Diane Boisvert et Carole Duchesneau, Hôtel-Dieu de Québec

Lucie Brillon, Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Céline Chassé, Centre ambulatoire régional de Laval

Emma Lapointe, Hôpital Charles Lemoine

Irène Loiselle du Comité de travail pour l'organisation des services de dialyse du CHUM 2010

Evlyn Mathieu de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Renée Roy, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal

Alain Trudel de l'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Un remerciement tout spécial aux deux néphrologues délégués par l'Association des néphrologues du Québec. Merci au Dr Véronique Phan de l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal qui a alimenté la réflexion sur les services offerts aux enfants. Un gros merci aussi au Dr Georges Soltys de l'Hôpital Charles LeMoyne qui a pris le temps de répondre aux questions, de discuter des services pour les adultes et de répondre aux courriels.

Un mot de reconnaissance aussi à Hélène Breton et à Louise Rochette-Labarre pour la relecture et la mise en page de ce document et au Dr Sylvie Bernier pour ses judicieux commentaires.

Laurence Rivet, conception et rédaction du document.

## TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION .....	1
<b>CHAPITRE 1 : LE PROGRAMME DE NÉPHROLOGIE ET DE SUPPLÉANCE RÉNALE :</b>	
<b>L'ÉTAT ACTUEL .....</b>	<b>2</b>
1.1 <i>LES DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES : UN APERÇU GLOBAL .....</i>	<i>2</i>
1.2 <i>LES SERVICES MÉDICAUX.....</i>	<i>7</i>
1.2.1 <i>LES SERVICES DES NÉPHROLOGUES.....</i>	<i>7</i>
1.2.2 <i>LES SERVICES DE CHIRURGIE ET DE RADIOLOGIE .....</i>	<i>11</i>
1.3 <i>LES SERVICES DE SUPPLÉANCES RÉNALES.....</i>	<i>11</i>
1.3.1 <i>L'OFFRE DE SERVICES ET LE VOLUME D'ACTIVITÉS .....</i>	<i>11</i>
1.3.2 <i>L'AUTONOMIE RÉGIONALE.....</i>	<i>17</i>
1.3.3 <i>L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX CENTRES DE DIALYSE .....</i>	<i>17</i>
1.3.4 <i>L'ORGANISATION DES SERVICES .....</i>	<i>20</i>
1.4 <i>LES EXPÉRIENCES À RETENIR.....</i>	<i>22</i>
1.4.1 <i>LA DÉLOCALISATION DES SERVICES EN CENTRE EXTERNE.....</i>	<i>22</i>
1.4.2 <i>LES UNITÉS SATELLITES .....</i>	<i>23</i>
1.4.3 <i>L'HÉMODIALYSE À DOMICILE.....</i>	<i>23</i>
1.4.4 <i>LE DOSSIER PATIENT PARTAGEABLE.....</i>	<i>24</i>
1.4.5 <i>LE SUIVI SYSTÉMATIQUE.....</i>	<i>24</i>
1.5 <i>LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT .....</i>	<i>26</i>
1.5.1 <i>LA RECHERCHE.....</i>	<i>26</i>
1.5.2 <i>L'ENSEIGNEMENT .....</i>	<i>27</i>
1.6 <i>LES PARTICULARITÉS DE LA NÉPHROLOGIE PÉDIATRIQUE .....</i>	<i>28</i>
1.7 <i>LA PROBLÉMATIQUE DU TRANSPORT .....</i>	<i>28</i>
<b>CHAPITRE 2 : LES ORIENTATIONS EN MATIÈRE D'ORGANISATION DES SERVICES.....</b>	<b>32</b>
2.1 <i>LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES .....</i>	<i>32</i>
2.2 <i>LE CONTINUUM DE SERVICES .....</i>	<i>34</i>
2.3 <i>LE SCHÉMA DU CONTINUUM DE SERVICES.....</i>	<i>37</i>
2.4 <i>LE MODÈLE THÉORIQUE DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE .....</i>	<i>38</i>
<b>CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES.....</b>	<b>40</b>
3.1 <i>LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES .....</i>	<i>40</i>
3.2 <i>LA MISE À NIVEAU DES SERVICES .....</i>	<i>44</i>
3.3 <i>LES MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ.....</i>	<i>50</i>
<b>LA LISTE DES RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>51</b>
<b>RÉFÉRENCES .....</b>	<b>60</b>
ANNEXE 1 – L'ATTEINTE DES OBJECTIFS FIXÉS EN 1995 .....	62
ANNEXE 2 – TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES DE L'ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE .....	64
ANNEXE 3 – TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES SUR LA RÉGION DE RÉSIDENCE DES PERSONNES EN DIALYSE .....	70
ANNEXE 4 – LE NOMBRE DE JOURS DE STAGE EFFECTUÉS EN 2003-2004 PAR LES RÉSIDENTS SELON LES MILIEUX DE STAGE.....	78
ANNEXE 5 – COMPENSATION FINANCIÈRE POUR LES FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT .....	80

**Liste des tableaux**

Tableau 1 – Nombre de patients en dialyse selon le mode de traitement Données au 31 mars.....	2
Tableau 2 – Pourcentage selon la modalité de traitement en décembre 2004 Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) .....	3
Tableau 3 – Taux d'incidence et de prévalence en 2004 selon la modalité de traitement (RCITO).....	3
Tableau 4 – Pourcentage par groupe d'âge des personnes en dialyse en 2002 (RCITO) .....	5
Tableau 5 – Projections en fonction de la croissance observées en 5 ans et en 10 ans.....	5
Tableau 6 – Répartition du volume d'activités des néphrologues selon les régions en 2005 .....	7
Tableau 7 – L'accès aux services de néphrologie .....	8
Tableau 8 – La couverture médicale en néphrologie en 2005 .....	10
Tableau 9 – L'offre de service de suppléance rénale et les volumes d'activités.....	13
Tableau 10 – Le volume de clientèle observée au 31 mars 2006 .....	16
Tableau 11 – Population ayant théoriquement accès à un centre de dialyse en moins de 2 h 30 min de déplacement aller-retour par région sociosanitaire .....	18
Tableau 12 – Les stades de l'insuffisance rénale et la prise en charge des patients.....	25
Tableau 13 – Projets de recherche financés par le FRSQ, les IRSC et la FCR selon les RUIS .....	26
Tableau 14 – Les principaux établissements où il se fait des recherches en néphrologie .....	26
Tableau 15 – Nombre de résidents dans le programme de néphrologie selon la faculté de médecine et l'année scolaire .....	27
Tableau 16 – Développements prévisibles en date du mois de novembre 2006 selon les responsables du dossier dans les agences de la santé et des services sociaux.....	46

**Liste des graphiques et des cartes**

Graphique 1 – Évolution de la clientèle en dialyse selon la modalité de traitement .....	2
Graphique 2 – Évolution de la clientèle en dialyse en appliquant les taux moyens d'augmentation observés en 5 ans et en 10 ans .....	6
Carte 1 – Taux de prévalence observé pour les traitements de dialyse par territoire de CLSC en 2005 .....	4
Carte 2 – Localisation des centres de dialyse et rayon de 2 h 30 min de déplacement aller-retour des centres de dialyse actuellement en opération excluant le centre des Hautes-Laurentides.....	19
Carte 3 – Localisation des centres de dialyse et rayon de 2 h 30 min de déplacement aller-retour incluant le centre des Hautes-Laurentides .....	19

## INTRODUCTION

En 1995, le ministère de la Santé et des Services sociaux adoptait un plan d'organisation des services de dialyse au Québec. Ce plan posait les balises de l'organisation des services en ciblant des objectifs à atteindre d'ici l'an 2000. Les objectifs étaient :

- *l'augmentation nette annuelle des personnes dialysées doit être inférieure à 5 % au cours des douze prochaines années ;*
- *d'ici l'an 2000, augmenter à 50 % la proportion des personnes dialysées qui bénéficient d'un mode de traitement autonome ;*
- *d'ici l'an 2000, toutes les régions du Québec doivent atteindre une autosuffisance supérieure à 80 % ;*
- *d'ici deux ans, offrir à toutes les personnes dialysées un support équitable pour le transport, les médicaments et les services psychosociaux ;*
- *d'ici deux ans, qu'une planification des services de suppléance rénale permettant d'atteindre les objectifs précédents et de desservir la clientèle pour les 12 prochaines années soit effectuée par les agences de la santé et des services sociaux<sup>1</sup>.*

Certains objectifs ont été partiellement atteints en 2005 (voir tableau de l'annexe 1). À titre d'exemple, le développement de services a rendu les régions plus autonomes qu'elles ne l'étaient en 1995. Par contre, les résidents de deux régions n'ont toujours pas de services de dialyse. Par ailleurs, d'autres objectifs n'ont pas été accomplis. C'est notamment le cas en ce qui concerne l'augmentation nette de la clientèle et l'augmentation de la proportion de la clientèle dialysée en mode de traitement autonome. Les modifications des caractéristiques de la clientèle et certains facteurs organisationnels expliquent entre autres la non-atteinte des objectifs fixés en 1995.

Le présent document précise les orientations en regard des services de néphrologie et de suppléance rénale par des traitements de dialyse afin d'améliorer l'accès aux services pour les personnes atteintes de maladies rénales chroniques. Le chapitre 1 fait le point sur la situation actuelle, tout d'abord en situant les activités en néphrologie, la clientèle en suppléance rénale et les services offerts. Il traite par la suite de certaines expériences à retenir et fait état de la recherche et de l'enseignement. Enfin, il expose les particularités de la néphrologie pédiatrique, aborde la problématique du transport et relève les principaux constats.

Le chapitre 2 trace le continuum de services. Il reprend essentiellement les orientations générales acceptées par le Comité de direction du Ministère en décembre 2004. Le chapitre 3 complète le document, déjà approuvé, en précisant la hiérarchisation des services, la mise à niveau des services requis et les mécanismes d'assurance qualité. Une dernière section énonce les recommandations approuvées par le comité de direction du Ministère.

---

<sup>1</sup> MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La dialyse et son organisation*, vol. 1, Québec, 1995, p.92.

## CHAPITRE 1 : LE PROGRAMME DE NÉPHROLOGIE ET DE SUPPLÉANCE RÉNALE : L'ÉTAT ACTUEL

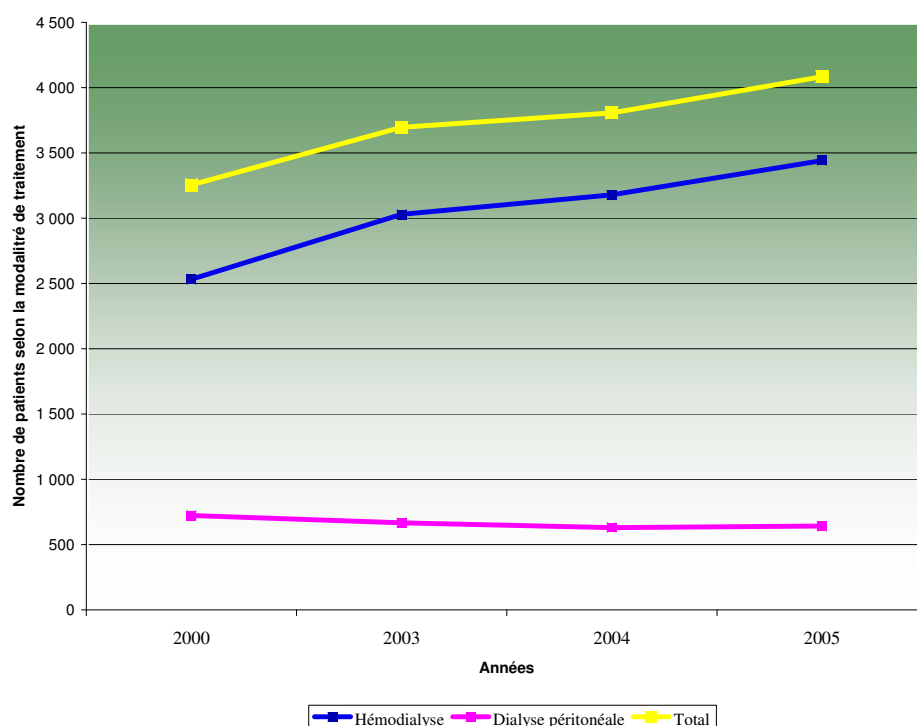
### 1.1 LES DONNÉES SUR LES CLIENTÈLES : UN APERÇU GLOBAL

La clientèle qui doit être traitée en dialyse augmente d'année en année. En dix 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 (annexe 2, tableau 2.1). Ainsi, durant cette période, le nombre de patients traités en centre de dialyse s'est accru de 829 personnes<sup>2</sup>, soit une augmentation nette de 911 patients en hémodialyse et une diminution nette de 82 patients en dialyse péritonéale pour un accroissement moyen net de 166 patients par an.

Tableau 1  
Nombre de patients en dialyse selon le mode de traitement  
Données au 31 mars<sup>3</sup>

	Hémodialyse	Dialyse péritonéale	Total
31 mars 2000	2 531	723	3 254
31 mars 2003	3 029	609	3 638
31 mars 2004	3 177	569	3 746
31 mars 2005	3 442	641	4 083
Accroissement (Diminution) 2000 / 2005	911	(82)	829

Graphique 1  
Évolution de la clientèle en dialyse  
selon la modalité de traitement



<sup>2</sup> Données AS-478. À ce volume d'activité, il faut aussi ajouter les traitements de dialyse qui se font hors des centres de dialyse dans les unités de soins intensifs, à l'urgence, etc.

<sup>3</sup> Données du AS 478 au 31 mars 2000, 2003, 2004 et 2005. Selon les données au 31 mars 2006, il y aurait 3 511 personnes en hémodialyse et 612 personnes en dialyse péritonéale pour un total de 4 123 personnes en dialyse.

Le choix du mode de traitement de dialyse appartient au néphrologue, en concertation avec le patient, en fonction de l'état de santé physique et psychologique de celui-ci, de la présence d'un aidant naturel et des conditions environnementales de son milieu. Le nombre de nouveaux cas nécessitant un traitement d'hémodialyse s'accroît d'année en année.

Le nombre de personnes en dialyse péritonéale a atteint un pic en 1997 avec 861 personnes qui utilisaient ce mode de traitement. Ce nombre a diminué progressivement pour atteindre 641 personnes en 2005. Au Québec, depuis 1997, la proportion de personnes traitées en dialyse péritonéale a décliné constamment. Cette proportion était de 30,4 % en 1997. Elle se situait à 15,3 % en 2004.

On constate une décroissance de la proportion de patients traités en dialyse péritonéale partout au Canada et ailleurs dans le monde. Cette décroissance s'explique notamment par l'état de santé des personnes traitées en dialyse (comorbidité, perte d'autonomie), des facteurs médicaux (p. ex. opérations abdominales) et des facteurs sociaux. En 2005, la proportion des patients en hémodialyse au Québec est supérieure à celle de l'Ontario et de l'ensemble du Canada.

**Tableau 2**  
**Pourcentage selon la modalité de traitement en décembre 2005**  
**Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)<sup>4</sup>**

	Hémodialyse	Dialyse péritonéale
Québec	84,91 %	15,09 %
Ontario	82,18 %	17,82 %
Ensemble du Canada	81,33 %	18,67 %

Le taux d'incidence des patients en dialyse est plus faible au Québec qu'en Ontario et dans l'ensemble du Canada. Le taux d'incidence du Québec pour l'hémodialyse se situe au deuxième rang, derrière la Nouvelle-Écosse (données non présentées). Celui de la dialyse péritonéale figure au dernier rang de l'ensemble des provinces canadiennes (données non présentées).

Le taux de prévalence québécois des patients traités en dialyse est lui aussi plus faible que ceux de l'Ontario et de l'ensemble du Canada. Le Québec se situe respectivement au troisième rang derrière la Nouvelle-Écosse et la Colombie-Britannique pour l'hémodialyse et au dernier rang pour la dialyse péritonéale (données non présentées).

**Tableau 3**  
**Taux d'incidence et de prévalence en 2004**  
**selon la modalité de traitement (RCITO)<sup>5 6</sup>**

	Taux d'incidence par million		Taux de prévalence par million	
	Hémodialyse	Dialyse péritonéale	Hémodialyse	Dialyse péritonéale
Québec	115,16	16,19	441,29	78,44
Ontario	141,29	35,96	567,08	122,95
Ensemble du Canada	127,73	30,24	497,82	114,28

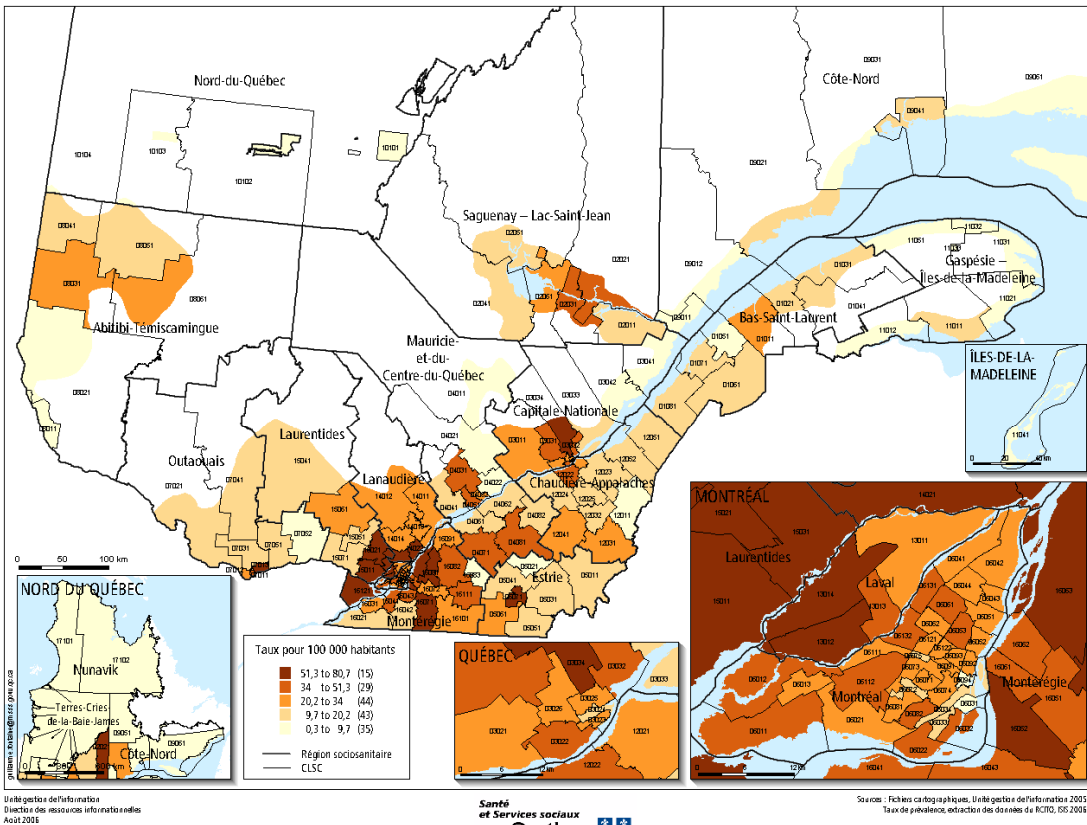
La carte suivante présente la prévalence en 2005, de l'ensemble des traitements de dialyse par territoire de CLSC.

<sup>4</sup> RCITO, Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada 1996 à 2005, extraction de données pour le Québec.

<sup>5</sup> RCITO, Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada 1996 à 2005, extraction de données pour le Québec.

<sup>6</sup> Selon le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, demande spéciale pour l'année 2004. En France, le taux de prévalence des patients traités en dialyse est de 513 par million d'habitants.

Carte 1  
Taux de prévalence observé pour les traitements de dialyse  
par territoire de CLSC en 2005



En 2005, plus de la moitié des patients québécois en dialyse sont âgés de 65 ans et plus (55,15 %). Près de trois patients sur dix en dialyse (28,99 %) ont 75 ans et plus. On note aussi que plus du quart (27,5%) des nouveaux patients québécois a 75 ans et plus au moment de commencer un traitement de dialyse. Cela se compare aux données pour l'ensemble du Canada (donnée non présentée).

**Tableau 4**  
**Pourcentage par groupe d'âge des personnes en dialyse en 2005 (RCITO) <sup>7</sup>**

Groupe d'âge	Québec	Canada
19 ans et moins	0,44 %	0,62 %
20-44 ans	10,42 %	12,89 %
45-64 ans	33,99 %	33,86 %
65-74 ans	26,16 %	24,61 %
75 ans et plus	28,99 %	28,01 %
Total	100,00 %	100,00 %

Au Québec, les patients qui commencent un traitement de dialyse présentent souvent des facteurs importants de comorbidité :

- 46,6 % souffrent de diabète ;
- 35,7 % ont une maladie cardiaque ;
- 20,9 % ont une maladie vasculaire périphérique ;
- 19,7 % souffrent d'une maladie pulmonaire chronique<sup>8</sup> ;
- 12,9 % ont une maladie cérébrovasculaire.

En considérant le taux d'augmentation observé depuis 10 ans (8,01 %) et celui observé depuis 5 ans (5,10 %), on estime qu'il y aurait entre 5 230 et 6 000 personnes en dialyse en 2010 et de 6710 à 8820 en 2015.

**Tableau 5**  
**Projections en fonction**  
**de la croissance observées en 5 ans et en 10 ans**

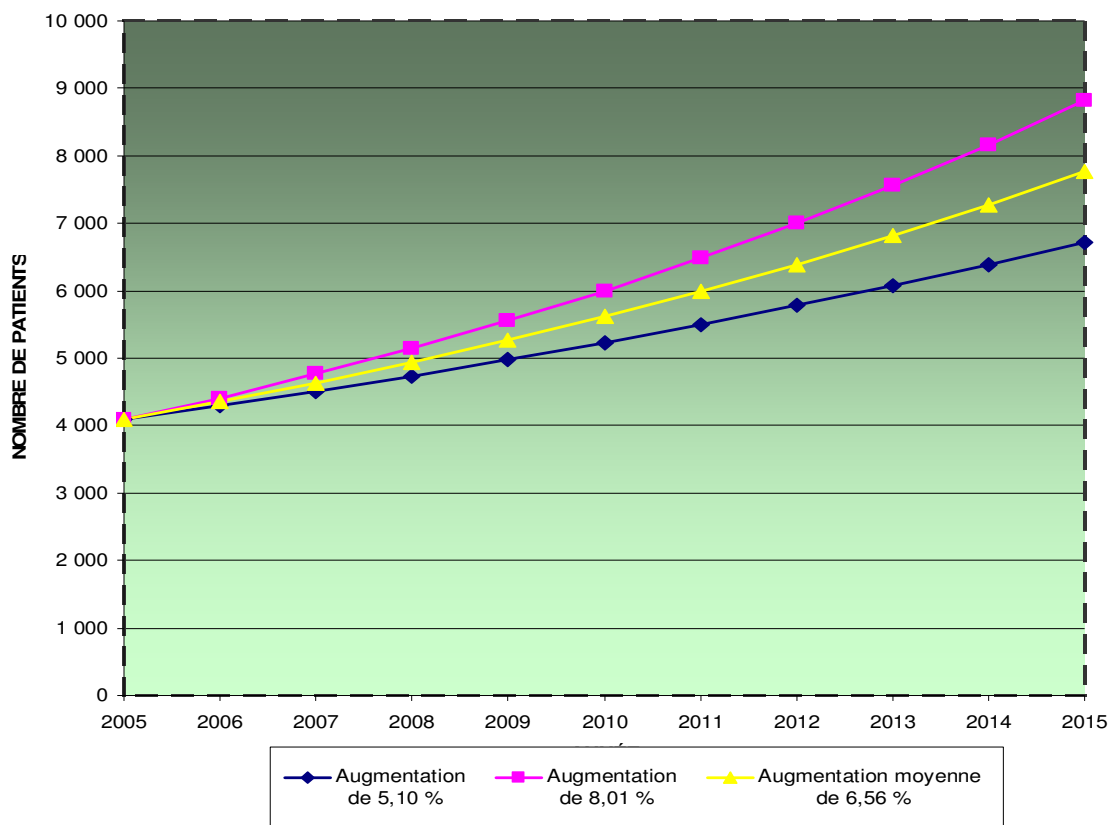
Année	Augmentation de 5,10 %	Augmentation de 8,01 %
2005	<b>4 083</b>	<b>4 083</b>
2006	4 291	4 410
2007	4 510	4 763
2008	4 740	5 145
2009	4 982	5 557
2010	<b>5 236</b>	<b>6 002</b>
2011	5 503	6 483
2012	5 784	7 002
2013	6 079	7 563
2014	6 389	8 169
2015	<b>6 714</b>	<b>8 823</b>

L'évaluation du nombre de patients en dialyse est probablement sous-estimée lorsque l'on applique le taux d'augmentation moyen observé depuis cinq ans. On ne tient pas compte de la croissance de l'incidence et de l'accélération du vieillissement de la population. Par contre, l'évaluation du nombre de patients en dialyse est peut-être surestimée lorsque l'on applique le taux d'augmentation moyen observé depuis dix ans. La réalité pourrait se situer entre ces deux projections, soit une augmentation moyenne de 6,56 %. Le graphique ci-dessous illustre ces projections.

<sup>7</sup> RCITO, Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada 1996 à 2005, p. 31.

<sup>8</sup> RCITO, Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada 1996 à 2005, p. 14.

Graphique 2  
Évolution de la clientèle en dialyse  
en appliquant les taux moyens d'augmentation observés  
en 5 ans et en 10 ans



## 1.2 LES SERVICES MÉDICAUX

### 1.2.1 Les services des néphrologues

#### Le volume d'activités

En 2005, on comptait 148 néphrologues qui ont accompli 133,90 équivalents temps plein. En 2004-2005, les néphrologues ont pratiqué 814 105<sup>9</sup> actes médicaux. Toutes les régions, à l'exception du Nunavik, disposent des services de néphrologues. Le temps alloué en équivalent temps plein et le nombre de néphrologues considérés à plein temps varient cependant considérablement d'une région à l'autre.<sup>10</sup> Ainsi, 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 des Terres-Cries n'ont pas de néphrologues à plein temps. Ces régions dépendent de néphrologues venant d'une autre région. La région de Montréal-Centre compte 90 néphrologues dont 50 à plein temps, qui ont réalisé presque la moitié des équivalents temps plein accomplis en 2004 (64,63 sur 133,90).

Tableau 6  
Répartition du volume d'activités des néphrologues  
selon les régions en 2005<sup>11</sup>

Région	Nombre de néphrologues				ETP
	ETP < ou = 0,3	0,3 < ETP > 0,7	ETP > = 0,7	Total	
Bas-St-Laurent	8	0	0	8	0,51
Saguenay-Lac-St-Jean	8	0	2	10	2,05
Québec	2	5	12	19	14,99
Mauricie et Centre-du-Québec	2	1	6	9	7,77
Estrie	3	3	5	11	7,24
Montréal-Centre	20	20	50	90	64,63
Outaouais	1	0	3	4	4,04
Abitibi-Témiscamingue	10	1	0	11	1,36
Côte-Nord	2	0	0	3	0,03
Nord-du-Québec	1	0	0	1	0,05
Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	1	0	0	1	0,02
Chaudière-Appalaches	11	2	0	13	1,35
Laval	13	0	7	20	6,54
Lanaudière	3	1	4	8	4,72
Laurentides	15	2	2	19	4,13
Montérégie	16	3	10	39	14,42
Nunavik	0	0	0	0	0
Terres-Cries	1	0	0	1	0,19
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>26</b>	<b>108</b>	<b>148</b>	<b>133,90</b>

Le tableau suivant présente l'offre de services en équivalent temps plein, la consommation totale des services de néphrologie par la population, la consommation attendue en fonction des caractéristiques de la population et l'indice d'accès aux services. Les régions de l'Estrie, de Montréal, de Lanaudière, de Laval et de la Montérégie ont un indice supérieur à 1. Quant aux régions du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-St-Jean, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Chaudière-Appalaches, elles ont un faible indice d'accès (inférieur à 0,5).

<sup>9</sup> Selon les données de la RAMQ.

<sup>10</sup> Un néphrologue à plein temps réalise un équivalent temps plein > ou = à 0.7. L'unité ETP, équivalent temps plein, a été calculé en utilisant le salaire moyen de tous les médecins ayant facturé au moins 40 % de la facturation moyenne de leur discipline.

<sup>11</sup> À partir des données du fichier des effectifs médicaux pour l'année 2005.

Tableau 7  
L'accès aux services de néphrologie<sup>12</sup>

	Offre de services en ETP <sup>1</sup>	Consommation totale de la population <sup>2</sup>	Consommation attendue <sup>3</sup>	Indice d'accès <sup>4</sup>
Bas-St-Laurent	0,40	1,8	4,2	<b>0,43</b>
Saguenay–Lac-St-Jean	2,10	2,3	5,3	<b>0,44</b>
Québec	15,80	10,9	12,6	0,86
Mauricie et Centre-du-Québec	7,20	9	9,7	0,93
<b>Estrie</b>	<b>7,30</b>	<b>6,7</b>	<b>5,6</b>	<b>1,18</b>
<b>Montréal-Centre</b>	<b>63,10</b>	<b>49</b>	<b>36</b>	<b>1,36</b>
Outaouais	4,00	4,9	5,5	0,87
Abitibi-Témiscamingue	1,20	1,3	2,7	<b>0,49</b>
Côte-Nord	0,03	0,6	1,7	<b>0,38</b>
Nord-du-Québec	0,05	0,1	0,2	<b>0,46</b>
Gaspésie–Îles-de la Madeleine	0,02	0,6	2,2	<b>0,28</b>
Chaudière-Appalaches	1,40	3,5	7,1	<b>0,49</b>
<b>Laval</b>	<b>6,80</b>	<b>8,4</b>	<b>6,3</b>	<b>1,32</b>
<b>Lanaudière</b>	<b>4,80</b>	<b>7,7</b>	<b>7,1</b>	<b>1,06</b>
Laurentides	4,30	7,1	8,4	0,84
<b>Montérégie</b>	<b>12,90</b>	<b>23,5</b>	<b>22,9</b>	<b>1,03</b>
Nunavik		0,1	0,1	0,73
Terres-Cries	0,19	0,4	0,1	<b>2,87</b>
Ensemble du Québec	131,20	137,7	137,7	1,00

<sup>1</sup> ETP fait dans la région durant les six premiers mois de 2005

<sup>2</sup> Consommation dans la région et hors de la région

<sup>3</sup> En fonction des caractéristiques de la population

<sup>4</sup> Consommation attendue sur consommation totale

## La couverture médicale

La couverture médicale assurée par les néphrologues varie d'un réseau universitaire intégré de santé (RUIS) à l'autre. Les néphrologues du RUIS de la région de Québec desservent les résidents de leur territoire de RUIS, soit la région du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de Chaudière-Appalaches, mais également le Saguenay–Lac-St-Jean. Les néphrologues du RUIS de Montréal interviennent eux aussi auprès de la population des régions de leur territoire de RUIS, soit les régions de Laval, de Lanaudière et des Laurentides. Ils assurent aussi la garde médicale pour deux centres de dialyse de la région de la Montérégie qui font partie du territoire du RUIS de Sherbrooke (CSSS Richelieu-Yamaska à St-Hyacinthe) et de McGill (CHR Le Suroît à Valleyfield). Les néphrologues du RUIS McGill desservent l'Abitibi-Témiscamingue, l'Outaouais, le Nord-du-Québec et les Terres-Cries. La couverture médicale en Abitibi-Témiscamingue est aussi assurée par des néphrologues provenant de la région de Laval (Cité de la santé et CHARL), des Laurentides (Hôtel-Dieu de St-Jérôme), du Centre hospitalier Sacré-Cœur et du Centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont. Les néphrologues du RUIS de Sherbrooke desservent uniquement la population de la région de l'Estrie.

<sup>12</sup> Extrait du fichier CONSOM données pour les six premiers mois de 2005.

La couverture médicale en néphrologie est assurée soit par :

- des médecins rattachés au centre hospitalier (CH) où ils travaillent. Ce sont généralement des néphrologues rattachés au CH où se trouve le centre de dialyse qui s'occupent de la couverture médicale ;
- des médecins rattachés à un autre CH de la région. C'est notamment le cas pour les unités satellites développées à partir d'un centre hospitalier de la région. Ainsi, les néphrologues du Centre hospitalier régional de Trois-Rivières assurent la couverture médicale au Centre hospitalier Sainte-Croix de Drummondville et au Centre hospitalier Hôtel-Dieu d'Arthabaska. Les néphrologues du Centre hospitalier de l'Université de Sherbrooke vont au Centre hospitalier Memphrémagog. Les néphrologues de l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme vont au centre de dialyse dans les Hautes-Laurentides ;
- des médecins rattachés à un CH de leur RUIS ;
- des médecins rattachés à un CH d'un autre RUIS ;
- des médecins rattachés à un CH d'une autre région.

Le tableau suivant présente la couverture médicale en néphrologie selon le rattachement principal des néphrologues qui y travaillent.

Tableau 8  
La couverture médicale en néphrologie en 2005<sup>13</sup>

Établissements – Région	Région	Couverture médicale en néphrologie				
		CH	Autre CH région	CH du RUIS	CH autre RUIS	CH autre région
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	01			X Québec		
CSSS DE CHICOUTIMI (Complexe hospitalier de la Sagamie)	02	X				
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)	03	X				
CSSS DE PORTNEUF (CH de Portneuf / unité mobile)				X Québec		
CSSS DE CHARLEVOIX (Hôpital de Baie-Saint-Paul / unité mobile)				X Québec		
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	04	X				
CSSS DE DRUMMOND (CH Ste-Croix de Drummondville)			X CHRTR			
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE (Hôtel-Dieu d'Athabaska)			X CHRTR			
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	05	X				
CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG					X Sherbrooke	
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (CH de Verdun)	06	X				
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL		X				
CSSS OUEST DE L'ÎLE (Hôpital général Lakeshore)		X				
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL		X				
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL		X				
HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS		X				
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE		X				
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY		X				
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT		X				
CSSS DE GATINEAU (pavillon de Hull)		07	X			
CSSS DE LA VALLÉE DE L'OR (Val d'Or)	08			X McGill	X Montréal	X
CSSS ROUYN-NORANDA				X McGill	X Montréal	X
CSSS AURORES BORÉALES (La Sarre)				X McGill	X Montréal	X
Région 09 <sup>14</sup>	09			X Québec		
CRSSS BAIE-JAMES	10			X McGill		
Région 11 <sup>14</sup>	11			X Québec		
CSSS DE THETFORD (CH de la région de l'Amiante)	12			X Québec		
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS				X Québec		
CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)	13	X				
CSSS NORD DE LANAUDIÈRE (CHR de Lanaudière)	14	X				
CSSS SUD DE LANAUDIÈRE (CH Pierre Le Gardeur)				X CHRDL		
CSSS RIVIÈRE DU NORD/NORD DE MIRABEL (Hôtel-Dieu de St-Jérôme)	15	X		X Montréal		
CSSS RICHELIEU YAMASKA (Réseau de santé Richelieu-Yamaska Saint-Hyacinthe)	16				X Montréal	
HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE		X				
CSSS DU SUROÏT (CHR du Suroît Valleyfield)					X Montréal	
CSSS SOREL-TRACY (CH Hôtel-Dieu de Sorel)		X				
CSSS DU HAUT RICHELIEU (Hôpital du Haut-Richelieu) (St-Jean-sur-Richelieu)		X				
CSSS DE LA HAUTE YAMASKA (CH de Granby)				X Haut Richelieu		
NUNAVIK	17					
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	18			X McGill		

<sup>13</sup> À partir des données du fichier des effectifs médicaux pour l'année 2005. La couverture médicale au centre de dialyse au CCSSS Memphrémagog est assurée par le CHUS.

<sup>14</sup> Tous les centres hospitaliers de ces deux régions.

## 1.2.2 Les services de chirurgie et de radiologie

Les chirurgiens et les radiologistes pratiquent les interventions d'accès vasculaires. Or, ce ne sont pas tous les chirurgiens qui acceptent d'effectuer ces interventions. Dans la plupart des centres hospitaliers, il y en a un, parfois deux, qui fait des accès. Les centres de dialyse satellites ont par ailleurs souvent recours à un chirurgien venant d'un autre centre hospitalier pour obtenir des services de chirurgie pour les accès vasculaires. Le temps d'attente pour obtenir une intervention chirurgicale permettant d'avoir une voie d'accès permanente semble être problématique dans la plupart des centres de dialyse.

Les angiographies et les angioplasties sont la plupart du temps réalisées par un radiologiste du centre hospitalier où se trouve le centre de dialyse. Pour les centres satellites et les plus petits centres de dialyse, ces interventions sont effectuées par un autre centre hospitalier.

## 1.3 LES SERVICES DE SUPPLÉANCES RÉNALES

### 1.3.1 L'offre de services et le volume d'activités

La transplantation rénale constitue le traitement par excellence pour traiter l'insuffisance rénale. En 2005, il y a eu au Québec 250 greffes de reins, soit 224 greffes d'un rein, 12 greffes de deux reins et 14 greffes d'un rein et d'un autre organe : le cœur (1), le foie (3) et le pancréas (10). Ces greffes ont été réalisées au Centre hospitalier universitaire de Québec (53), au Centre hospitalier de Sherbrooke (15), au Centre hospitalier universitaire de Montréal – Pavillon Notre-Dame (49) et Pavillon Saint-Luc (4) –, au Centre universitaire de santé McGill – l'Hôpital de Montréal pour enfants (12) et Pavillon Royal Victoria (60) –, à l'Hôpital Sainte-Justine (9) et à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (48).

À défaut d'une transplantation rénale, le patient doit obligatoirement recevoir des traitements de dialyse pour vivre. Il n'y a pas de liste d'attente. Les traitements consistent en de l'hémodialyse (traditionnelle, semi-autonome ou à domicile) ou de la dialyse péritonéale.

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 télémédecine 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. Certains centres de dialyse fonctionnent actuellement à pleine capacité. C'est notamment le cas du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, du CSSS Ouest-de-l'Île, de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, du CSSS de Gatineau, du CSSS Rivière-du-Nord /Nord-de-Mirabel, de l'Hôpital Charles-LeMoine et du CSSS du Haut-Richelieu. La plupart des centres de dialyse ne disposent pas de plages horaires disponibles pour faire face aux urgences. Les articles scientifiques mentionnent que tous les centres de dialyse devraient avoir en tout temps au moins un ou deux espaces disponibles pour pouvoir accueillir une ou deux personnes de plus. Le nombre de places disponibles pour accueillir des patients en urgence doit être accru lorsque le centre de dialyse supervise un centre satellite ou

un service délocalisé. On devrait disposer de 10 % à 15 % de plages horaires disponibles pour répondre aux urgences. Ce pourcentage varie en fonction du nombre de personnes en unité satellite et en service délocalisé.

Les patients de la région de la Côte-Nord et ceux de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine ne disposent pas de services d'hémodialyse dans leur région. Ils peuvent recevoir des services de dialyse péritonéale ou des services d'hémodialyse autonome (à domicile) dans un centre de dialyse à Montréal ou à Québec. Il en va de même pour les résidents du Nunavik.

Presque tous les centres de dialyse offrent des services d'hémodialyse traditionnelle. Cette modalité de traitement demande l'assistance d'une infirmière. L'hémodialyse semi-autonome n'est pas offerte dans toutes les régions et dans tous les centres de dialyse. La personne qui reçoit un traitement d'hémodialyse semi-autonome y participe en fonction de son degré d'autonomie, sous la supervision du personnel spécialisé et du personnel infirmier, au besoin. Il est à noter que certains centres ont peu de patients en hémodialyse semi-autonome (six patients et moins). Le petit nombre de patients rend l'organisation d'une véritable unité d'hémodialyse semi-autonome plus difficile. Enfin, presque tous les centres offrent des services de dialyse péritonéale.

Au milieu des années 1990, le Centre universitaire de Québec (Pavillon Hôtel-Dieu) et le Centre universitaire de Montréal (Pavillon Notre-Dame) ont reçu le mandat d'organiser des services de dialyse à domicile afin de les rendre accessibles aux citoyens des régions où ce n'était pas possible. D'autres centres de dialyse offrent maintenant l'hémodialyse à domicile pour répondre aux besoins de leur clientèle : l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, le Centre universitaire de santé McGill, le Centre de services de santé et de services sociaux de Laval et le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Par ailleurs, d'autres centres de dialyse envisagent actuellement la possibilité de développer de l'hémodialyse à domicile pour répondre aux besoins de leur clientèle. L'hémodialyse à domicile est la modalité de traitement d'hémodialyse la plus autonome, puisque la personne réalise elle-même son traitement avec la présence d'un aidant naturel qui peut apporter une aide au besoin. En mars 2005, il y avait 52 patients qui recevaient l'hémodialyse à domicile. Ce traitement se fait le jour ou la nuit.

En mars 2005, 2 963 personnes utilisent l'hémodialyse traditionnelle comme mode de suppléance rénale et 1 120 personnes ont recours à un mode de suppléance rénale plus autonome (hémodialyse semi-autonome, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale), ce qui représente 27,43 % des personnes en dialyse.

Les services de suivi systématique de l'insuffisance rénale chronique, connus sous le nom de pré-dialyse, existent dans toutes les régions du Québec à l'exception de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et des trois régions nordiques. En mars 2005, on estime qu'il y avait 4 083 personnes qui recevaient des services de suivi de l'insuffisance rénale chronique<sup>15</sup>. Ces services ont souvent été développés à même les ressources dédiées à la dialyse ou aux cliniques spécialisées en néphrologie.

Le premier tableau qui suit situe l'offre de service des centres de dialyse selon la modalité de suppléance rénale et les volumes qui y sont associés<sup>16</sup>. Le second présente les volumes de clientèle au 31 mars 2006.

<sup>15</sup> Cette donnée n'est pas toujours compilée de la même manière. En conséquence, il faut y voir une estimation de la réalité.

<sup>16</sup> Les tableaux 2.2 et 2.3 de l'annexe 2 présentent des données complémentaires sur l'évolution de la clientèle entre 2000 et 2005 selon la modalité de traitement.

Tableau 9  
L'offre de service de suppléance rénale  
et les volumes d'activités<sup>17</sup>

	Région	Service de suppléance rénale																
		Existence du service							Données sur les volumes									
		HT	HSA	HD	DP	Pré-dialyse	Innovation org.	Greffe	HT	HSA *	HD	DP	Total	%	Pré-dialyse *	Greffe Données 2005 (Québec Transplant)		
		Données au 31 mars 2005 (MSSS; AS 478)																
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	01	X	X		X	X			29	2		29	60	1,47	149			
CSSS DE CHICOUTIMI (Complexe hospitalier de la Sagamie)	02	X			X	X			64			27	91	2,23	138			
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)	03	X	X	X	X	X	X	X	192	57	10	81	354	8,67	217	53		
CSSS DE PORTNEUF (CH Portneuf / unité mobile)		X							14									
CSSS DE CHARLEVOIX (Hôpital de Baie-Saint-Paul / unité mobile)		X																
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	04	X	X		X	X			145	3		27	175	4,29	326			
CSSS DE DRUMMOND (CH Sainte-Croix de Drummondville)		X							35				35	0,86				

17

Légende :

HT	Hémodialyse traditionnelle	HD	Hémodialyse à domicile
HSA	Hémodialyse semi-autonome	DP	Dialyse péritonéale
Prédialyse ou suivi de l'insuffisance rénale chronique			

Suivi systématique et interdisciplinaire des patients qui ont une insuffisance rénale chronique, progressive ou non progressive, incluant la préparation à la suppléance rénale (dialyse ou greffe). Ce suivi s'obtient par une évaluation clinique, biologique, sociale, nutritionnelle ainsi que par les interventions appropriées qui découlent des évaluations précédentes. L'objectif global est de préserver la fonction rénale le plus longtemps possible et de maintenir l'autonomie de la personne atteinte d'insuffisance rénale chronique.

\* Les données pour la région de Laval sont celles de 2003-2004 et les données pour l'Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme couvrent 11 périodes de l'année 2005-2006.

	Région	Service de suppléance rénale														
		Existence du service							Données sur les volumes							
		HT	HSA	HD	DP	Pré-dialyse	Innovation org.	Greffe	HT	HSA *	HD	DP	Total	%	Pré-dialyse *	Greffe Données 2005 (Québec Transplant)
		Données au 31 mars 2005 (MSSS; AS 478)														
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE (Hôtel-Dieu d'Athabaska)		X							27				27	0,66		
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	05	X	X	X	X	X	X	X	110	11	15	45	181	4,43	155	15
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (CH de Verdun)		X			X	X			114			16	130	3,18	291	
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL		X	X	X	X	X	X		252	85	19	44	400	9,80	406	
CH Notre-Dame								X								49
CH Saint-Luc							X									4
CH Hôtel-Dieu																
CSSS OUEST DE L'ÎLE (Hôpital général Lakeshore)		X				X			62			0	62	1,52	320	
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL		X	X	X		X	X		129	24		28	181	4,43	40	
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL		X		X		X			290		2	61	353	8,65	220	
HME		X						X								12
HRV		X	X	X			X	X								60
HGM																
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS		X		X					89			39	128	3,13		
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE		X						X	5			6	11	0,27		9
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY		X	X	X		X			63	5		12	80	1,96	ND	
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT		X	X	X		X		X	300	27	5	37	369	9,04		48
CSSS DE GATINEAU (Pavillon de Hull)	07	X	X		X	X			131	19		42	192	4,70	78	
CSSS DE LA VALLÉE DE L'OR (Val d'Or)		X	X		X				31			6	37	0,91	0	
CSSS ROUYN-NORANDA		X	X		X				25			6	31	0,76	0	
CSSS AURORES BORÉALES (La Sarre)		X	X		X				16			2	18	0,44	0	
Région 09 <sup>18</sup>	09			X	X											
CRSSS BAIE JAMES	10	X							13				13	0,32	0	

<sup>18</sup> Services offerts par un centre hospitalier d'une autre région.

	Région	Service de suppléance rénale														Greffe Données 2005 (Québec Transplant)	
		Existence du service						Données sur les volumes									
		HT	HSA	HD	DP	Pré- dialyse	Innovation org.	Greffe	HT	HSA *	HD	DP	Total	%	Pré- dialyse *		
		Données au 31 mars 2005 (MSSS; AS 478)															
Région 11 <sup>19</sup>	11			X													
CSSS DE THETFORD (CH de la région de l'Amiante)	12	X	X						7	6			13	0,32			
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS		X			X	X			42			19	61	1,49	73		
CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)	13	X	X		X	X	X		127	41	1	31	200	4,90	354		
CSSS NORD DE LANAUDIÈRE (CHR de Lanaudière)	14				X	X			70	6		7	83	2,03	380		
CSSS SUD DE LANAUDIÈRE (CH Pierre Le Gardeur)						X			37				37	0,91	108		
CSSS RIVIÈRE DU NORD/NORD DE MIRABEL (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)	15	X	X		X	X			189	53		27	269	6,59	235		
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (Réseau de santé Richelieu-Yamaska Saint-Hyacinthe)	16		X		X				0	16		3	19	0,47	0		
HÔPITAL CHARLES LeMOYNE		X	X		X	X	X		149	47		26	222	5,44	351		
CSSS DU SUROÛT (CHR du Suroît Valleyfield)		X	X		X	X			35	11		12	58	1,42	39		
CSSS SOREL-TRACY (CH Hôtel-Dieu de Sorel)		X	X			X			40	4		0	44	1,08	39		
CSSS DU HAUT-RICHELIEU (Hôpital du Haut-Richelieu) (Saint-Jean-sur-Richelieu)		X	X		X	X			78	10		8	96	2,35	165		
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA (CH de Granby)		X							38			0	38	0,93	0		
NUNAVIK	17				X												
TERRES-CRIES-DE-LA-BAIE-JAMES	18	X							15				15	0,37			
<b>TOTAL</b>									<b>2 963</b>	<b>427</b>	<b>52</b>	<b>641</b>	<b>4 083</b>	<b>100</b>	<b>4 084</b>		<b>250</b>

<sup>19</sup> Services offerts par un centre hospitalier d'une autre région.

Tableau 10  
Le volume de clientèle observée au 31 mars 2006<sup>20</sup>

	Rég.	Mars 2006						
		Hémodialyse					DP	TOTAL
		HT	HSA	HD	UM	Total		
CRSSS RIMOUSKI (CHR de Rimouski)	1	34	0	0	0	34	31	65
CSSS DE CHICOUTIMI (Complexe hospitalier de la Sagamie)	2	68	0	0	0	68	26	94
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)	3	233	59	9	11	304	72	376
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS- RIVIÈRES	4	146	8	0	0	154	33	187
CSSS DE DRUMMOND (CH Sainte-Croix de Drummondville)	4	34	0	0	0	34		34
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE (Hôtel-Dieu d'Athabaska)	4	27	0	0	0	27		27
<b>RÉGION 4</b>	<b>4</b>	<b>207</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>215</b>	<b>33</b>	<b>248</b>
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	5	122	0	23	0	145	36	181
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (CH de Verdun)	6	109	0	0	0	109	21	130
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	6	245	68	19	0	332	45	377
CSSS OUEST DE L'ÎLE (Hôpital gén. Lakeshore)	6	61	0	0	0	61	0	61
L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	6	Inclus dans le CUSM						
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	6	137	31	0	0	168	17	185
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	6	300	0	2	0	302	46	348
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR M. B. DAVIS	6	115	0	0	0	118	45	163
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	6	4				4	3	7
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	6	69	5	0	0	74	10	84
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	6	304	24	7	0	335	31	366
<b>RÉGION 6</b>	<b>6</b>	<b>1 344</b>	<b>128</b>	<b>28</b>	<b>0</b>	<b>1 503</b>	<b>218</b>	<b>1 721</b>
CSSS DE GATINEAU (CH Vallées des Outaouais Hull)	7	142	17	0	0	159	46	205
CSSS DE LA VALLÉE DE L'OR (Val d'Or)	8	26	1	0	0	27	5	32
CSSS ROUYN-NORANDA	8	34				34	9	43
CSSS AURORES BORÉALES (La Sarre)	8	10	0	0	0	10	2	12
<b>RÉGION 8</b>	<b>8</b>	<b>70</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>71</b>	<b>16</b>	<b>87</b>
<b>RÉGION 9</b>	<b>9</b>	Aucun service dans la région						
CRSSS BAIE-JAMES	10	15	0	0	0	15	0	15
<b>RÉGION 11</b>	<b>11</b>	Aucun service dans la région						
CSSS DE THETFORD (CH de la région de l'Amiante)	12	9	3	0	0	12	0	12
HÔTEL DIEU DE LÉVIS	12	46	0	0	0	46	19	65
<b>RÉGION 12</b>	<b>12</b>	<b>55</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>58</b>	<b>19</b>	<b>77</b>
CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)	13	124	39	2	0	165	30	195
CSSS SUD DE LANAUDIÈRE (CH Pierre Le Gardeur)	14	47	0	0	0	47	0	47
CSSS NORD DE LANAUDIÈRE (CHR de Lanaudière)	14	77	0	0	0	77	9	86
<b>RÉGION 14</b>	<b>14</b>	<b>124</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>124</b>	<b>9</b>	<b>133</b>
CSSS RIVIÈRE DU NORD/NORD DE MIRABEL (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)	15	113	35	0	0	148	22	170
CSSS RICHELIEU YAMASKA (Réseau de santé Richelieu-Yamaska Saint- Hyacinthe)	16	0	18			18	1	19
HÔPITAL CHARLES LeMOYNE	16	167	53	0	0	220	29	249
CSSS DU SUROÛT (CHR du Suroît Valleyfield)	16	53	12	0	0	65	10	75
CSSS SOREL-TRACY (CH Hôtel-Dieu de Sorel)	16	46	0	0	0	46	0	46
CSSS DU HAUT-RICHELIEU (Hôpital du Haut-Richelieu (Saint-Jean-sur-Richelieu)	16	85	15	0	0	100	14	114
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA (CH de Granby)	16	33	0	0	0		0	0
<b>RÉGION 16</b>	<b>16</b>	<b>384</b>	<b>98</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>449</b>	<b>54</b>	<b>503</b>
<b>NUNAVIK</b>	<b>17</b>	Aucun service dans la région						
TERRES-CRIES	18	15	0	0	0	15	0	15
<b>TOTAL</b>		<b>3 050</b>	<b>388</b>	<b>62</b>	<b>11</b>	<b>3 511</b>	<b>612</b>	<b>4 123</b>

<sup>20</sup>

As 478 du 31 mars 2006. HT : hémodialyse traditionnelle, HSA : hémodialyse semi-autonome, HD : hémodialyse à domicile, UM : unité mobile d'hémodialyse, DP : dialyse péritonéale

### 1.3.2 L'autonomie régionale

Les centres de dialyse reçoivent principalement des personnes qui résident dans la région sociosanitaire du centre de dialyse. Près de la moitié des centres de dialyse dispensent des traitements d'hémodialyse traditionnelle à 315 personnes qui résident dans une région sociosanitaire limitrophe, ce qui représente 10,74 % des personnes en hémodialyse traditionnelle. Les centres de dialyse de la région de Montréal desservent 225 personnes provenant de la Montérégie (101), de Laval (78), de Lanaudière (23) et des Laurentides (22). La région de Laval reçoit 31 personnes qui habitent hors de son territoire. Ces personnes proviennent surtout des Laurentides (17) et de Lanaudière (10). La région des Laurentides accueille 18 personnes qui résident hors de son territoire, dont 13 d'entre elles proviennent de la région de Lanaudière. Le centre de dialyse de la région de Québec reçoit 29 personnes de la région Chaudière-Appalaches.

Six centres de dialyse offrent des services d'hémodialyse semi-autonome à des résidents d'une région limitrophe. Ils reçoivent 56 personnes qui proviennent d'une autre région, ce qui représente 13,11 % des personnes en hémodialyse semi-autonome. Six centres de dialyse offrent des services d'hémodialyse à domicile. 29 patients sur 52 ne résident pas dans la région du centre de dialyse.

Douze centres de dialyse offrent des services de dialyse péritonéale à des personnes provenant d'une autre région sociosanitaire. Ils reçoivent 140 personnes, ce qui représente 21,8 % des personnes en dialyse péritonéale. Les tableaux de l'annexe 3 présentent les données détaillées concernant la répartition selon la région de traitement et la région de résidence des personnes en dialyse.

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.

### 1.3.3 L'accessibilité géographique aux centres de dialyse

L'accessibilité des centres de dialyse dans des délais acceptables est l'une des composantes de l'organisation de ces services. Actuellement, 93,21 % de la population du Québec peut, dans des conditions optimales (belle température, absence de travaux routiers, circulation fluide) avoir accès à un centre de dialyse en 1 heure 15 minutes, soit un temps de déplacement total de 2 heures 30 minutes par séance de traitement.

La population des régions de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, du Bas-St-Laurent, du Saguenay-Lac-St-Jean, de l'Outaouais, des Laurentides, de l'Abitibi-Témiscamingue et des trois régions nordiques dispose d'un accès inférieur à la population de l'ensemble du Québec.

L'ouverture de l'unité satellite des Hautes-Laurentides en 2007 améliorera de façon notable la situation dans cette région, puisque 99,8 % de la population aura accès aux services en une heure 15 minutes comparativement à 92,0 % actuellement. L'ouverture de ce centre de dialyse améliorera aussi l'accès pour la population de la région de l'Outaouais.

**Tableau 11**  
**Population ayant théoriquement accès à un centre de dialyse**  
**en moins de 2 h 30 min de déplacement aller-retour**  
**par région sociosanitaire \***

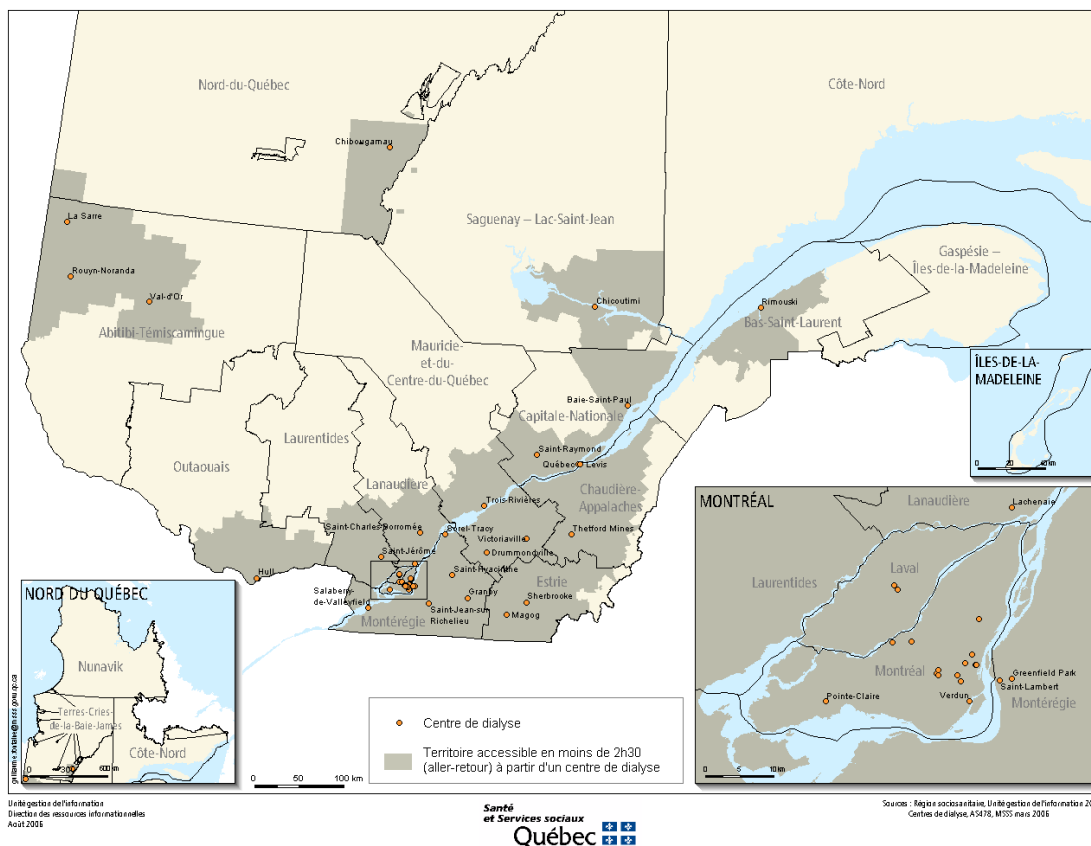
RÉGION	Total	Accès en moins de 2h30 <sup>1</sup>		Accès en plus de 2h30 <sup>1</sup>	
		Nombre	%	Nombre	%
1 - Bas-Saint-Laurent	200 390	102 040	<b>50,90</b>	98 350	49,1
2 - Saguenay–Lac-Saint-Jean	278 150	220 000	<b>79,10</b>	58 150	20,90
3 - Capitale-Nationale	638 805	638 135	99,90	670	0,10
4 - Mauricie-et-Centre-du-Québec	473 420	456 970	96,50	16 450	3,50
5 - Estrie	285 435	281 865	98,70	3 570	1,30
6 - Montréal	1 812 235	1 812 235	100,00	0	0,00
7 - Outaouais	315 415	291 870	<b>92,54</b>	23 545	7,46
8 - Abitibi-Témiscamingue	145 875	130 655	<b>89,60</b>	15 220	10,40
9 - Côte-Nord	97 660	0	<b>0,00</b>	97 660	100,00
10 - Nord-du-Québec	16 285	10 675	<b>65,60</b>	5 610	34,40
11 - Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	96 870	0	<b>0,00</b>	96 870	100,00
12 - Chaudière-Appalaches	383 275	369 640	96,40	13 635	3,60
13 - Laval	342 565	342 565	100,0	0	0,00
14 - Lanaudière	388 520	383 100	98,60	5 420	1,40
15 - Laurentides	461 185	424 430	92,03	36 755	7,97
16 - Montérégie	1 275 985	1 275 985	100,0	0	0,0
17 - Nunavik	9 645	0	<b>0,0</b>	9 645	100,0
18 - Terres-Cries-de-la-Baie-James	12 625	3 150	<b>25,0</b>	9 475	75,0
<b>Québec</b>	<b>7 234 340</b>	<b>6 743 315</b>	<b>93,21</b>	<b>491 025</b>	<b>6,79</b>

\* Temps total de déplacement 2 heures 30 minutes aller-retour

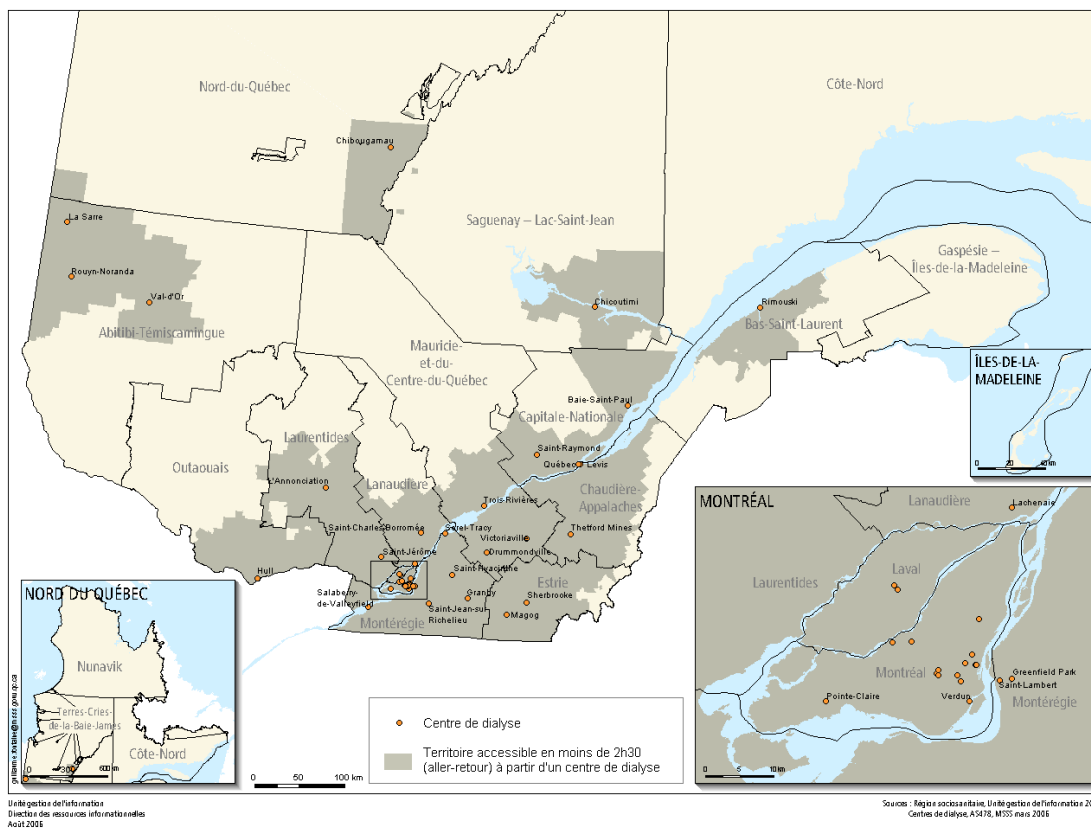
Source population par aire de diffusion, recensement canadien, 2001, Unité de gestion de l'information MSSS 2001.

Les cartes suivantes illustrent l'accès aux centres de dialyse en 1 heure 15 minutes. La première carte présente les centres de dialyse actuellement en opération et la seconde carte inclut le centre de dialyse qui ouvrira dans les Hautes-Laurentides en avril 2007.

**Carte 2**  
**Localisation des centres de dialyse**  
**et rayon de 2 h 30 min de déplacement aller-retour**  
**des centres de dialyse actuellement en opération**  
**excluant le centre des Hautes-Laurentides**



**Carte 3**  
**Localisation des centres de dialyse**  
**et rayon de 2 h 30 min de déplacement aller-retour**  
**incluant le centre des Hautes-Laurentides**



### 1.3.4 L'organisation des services

Certains aspects de l'organisation actuelle des services de dialyse peuvent être dégagés à partir d'études<sup>21</sup> qui ont recueilli récemment des données à ce sujet.

En centre hospitalier, il y a généralement trois traitements d'hémodialyse par jour, par poste de traitement. L'horaire débute tôt le matin (6 h – 7 h 30) pour se terminer en fin de soirée (22 h – 24 h). Dans les services délocalisés, il y a deux traitements par jour par station de traitement. L'horaire débute tôt le matin (6 h – 8 h 30), et se termine en début de soirée (18 h – 19 h 30). Les traitements s'étendent généralement sur six jours de la semaine (lundi au samedi inclusivement). Ainsi, les services fonctionnent de 12 à 18 heures par jour. Cela pose des difficultés pour les personnes en hémodialyse et pour l'équipe de néphrologues qui doivent assumer de longues heures de garde. En effet, les patients qui reçoivent des traitements en soirée doivent souvent revenir au centre hospitalier le jour pour obtenir d'autres services, tels les tests de laboratoire, les rencontres avec les autres professionnels (nutritionniste, travailleur social, pharmacien). De plus, 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. Selon les néphrologues, il serait souhaitable d'éliminer la dialyse en soirée pour les patients âgés avec plusieurs facteurs de comorbidité, instables lors de leur traitement, ou qui ont besoin de transport adapté, ou encore qui proviennent d'un centre hospitalier de soins de longue durée (CHSLD). Cela améliorerait la qualité de vie et les services offerts à ces patients.

En ce qui concerne les établissements pour lesquels on dispose de données, le ratio infirmière-patient, c'est-à-dire le nombre de patients par infirmière, pour les traitements d'hémodialyse traditionnelle varie de 2,5 à 3,5 patients par infirmière au Québec et de 2 à 4 patients par infirmière dans d'autres centres de dialyse en Ontario et au Nouveau-Brunswick. En Angleterre, en 2001, le ratio infirmière-patient était d'une infirmière pour 5,1 patients en hémodialyse. On vise à ramener ce ratio à une infirmière pour 3 ou 4 patients<sup>22</sup>. Selon les néphrologues, de façon générale, le ratio infirmière-patient en hémodialyse traditionnelle devrait tendre vers 2,5 patients par infirmière. La stabilité du patient au moment du traitement et ses conditions de santé peuvent influencer ce ratio. Il pourrait alors être moins élevé (2 pour 1) lorsque l'état de santé des patients est instable et nécessite une surveillance plus grande de la part du personnel infirmier et, inversement, il pourrait être plus élevé (3 pour 1) lorsque l'état de santé des patients est stable et nécessite moins de surveillance de la part du personnel infirmier.

Pour les traitements d'hémodialyse semi-autonome, le ratio d'une infirmière pour cinq patients est celui qui revient le plus souvent et qui est accepté par les néphrologues. Deux centres de dialyse ont un ratio d'une infirmière pour quatre patients.

Le ratio infirmière-patient en dialyse péritonéale varie entre 15 à 25 patients par infirmière. Les néphrologues considèrent qu'une infirmière peut suivre 25 patients en dialyse péritonéale. Au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, chaque infirmière traite 25 patients en hémodialyse à domicile.

Ces ratios sont comparables à ceux du milieu des années 1990. Le recours à d'autres catégories de main-d'œuvre pour assister les infirmières a permis à plusieurs centres de dialyse de maintenir les ratios malgré l'accroissement de la clientèle. En effet, le recours à des préposés ou à des

<sup>21</sup> Agence de services de santé et de services sociaux de la Mauricie-Centre-du-Québec, « Programme de dialyse, comparaisons interhospitalières », avril 2005, 35 p.

Hôpital Lakeshore, Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Centre hospitalier universitaire de Québec, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital Charles LeMoine, Cité de la santé de Laval, CSSS Chicoutimi, St-John Regional Hospital NB, CH régional de Trois-Rivières, Hôpital Sainte-Croix de Drummondville, Hôtel-Dieu d'Arthabaska.

Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), Comité de travail pour l'organisation des services de dialyse, « Revue de modèles d'organisation de service, CHUM 2010 », janvier 2006, 41 p.

Hôpital de Scarborough, CHU d'Ottawa, *London Health Science Center, University Health, Network de Toronto*, Hôpital Charles LeMoine, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, *Long Island Jewish Medical Centre* (New York), Centre hospitalier universitaire de Bordeaux.

<sup>22</sup> British Renal Society, *The renal team a multi-professional renal workforce plan for adults and children with renal disease*, *recommendations of the National Renal Workforce Planning Group*, 2002, p. 39.

infirmières auxiliaires, par exemple, en tant qu'aides soignantes<sup>23</sup> favorise aussi l'utilisation optimale des compétences exclusives de l'infirmière en matière de prise en charge des patients en dialyse. Il valorise aussi les aides soignantes qui deviennent responsables des aspects techniques du traitement. Ainsi, sous la supervision des infirmières, les aides soignantes préparent le dialysat, montent les circuits extracorporels, préparent les tables de travail et le matériel nécessaire, pèsent les patients et prennent leur pression artérielle, démontent et nettoient les appareils. Au Québec, les aides soignantes sont des préposés aux bénéficiaires qui ont reçu une formation de base (650 heures en soins d'assistance) et une formation spéciale en dialyse de la part de leur employeur<sup>24</sup>. L'ajout de préposés aux bénéficiaires, en tant qu'aides soignants auprès des patients en hémodialyse, demande de l'ouverture et nécessite un changement de culture qui valorise l'autonomie du personnel.

Par ailleurs, le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR)<sup>25</sup> et l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)<sup>26</sup> ont reçu une subvention du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'intérieur du programme national de soutien à l'organisation du travail<sup>27</sup>, notamment pour considérer l'introduction d'autres catégories de main-d'œuvre au sein des équipes de travail en dialyse, afin d'utiliser de façon optimale l'ensemble des ressources humaines.

La durée des traitements d'hémodialyse varie de deux à six heures. La durée moyenne est de quatre heures<sup>28</sup>. Un centre hospitalier a standardisé la durée du traitement à quatre heures.

Les patients en dialyse ont besoin d'un suivi pour contrôler et ajuster leur alimentation et leurs médicaments. Ils ont aussi besoin de services psychosociaux. La présence d'une équipe interdisciplinaire est indispensable à l'intégration des services auprès de ces patients. Dans presque tous les établissements, il y a une équipe interdisciplinaire pour effectuer le suivi des personnes en dialyse. Il semble cependant que ce personnel est insuffisant dans beaucoup d'établissements pour répondre aux besoins de la clientèle. Les contraintes budgétaires des dernières années ont souvent empêché les centres de dialyse de maintenir ou d'accroître la présence de professionnels en nutrition, en pharmacie et en travail social, auprès des patients en dialyse.

Les services de suivi systématique de l'insuffisance rénale chronique ont été développés pour retarder le recours au traitement de dialyse et, le moment venu, pour mieux préparer les personnes à ce traitement. Ces services ont été mis en place à partir de ressources dédiées au traitement de dialyse ou aux cliniques externes en néphrologie. Ils fonctionnent généralement avec une équipe interdisciplinaire composée des néphrologues, d'infirmières et d'autres professionnels : des nutritionnistes, des pharmaciens et des travailleurs sociaux. Ces autres professionnels sont souvent les mêmes que ceux qui interviennent auprès des patients en dialyse.

Actuellement, il n'y a pas de ratio établi du nombre de patients par nutritionniste, par pharmacien ou par travailleur social. Les ratios suggérés par les néphrologues pour les autres professionnels tiennent compte de l'ensemble du travail accompli auprès des patients atteints d'une insuffisance rénale : patients en hémodialyse, en dialyse péritonéale et en suivi systématique aux stades IV et V de la maladie car, de façon générale, ce sont les mêmes personnes qui interviennent auprès de tous les patients. Les ratios établis ci-dessous sont pour une cohorte de 50 patients en dialyse.

---

<sup>23</sup> Les aides soignantes peuvent être des préposés aux bénéficiaires ou des infirmières auxiliaires qui aident les infirmières dans la prestation du traitement notamment en montant et en démontant les appareils d'hémodialyse et en assumant d'autres tâches techniques.

<sup>24</sup> Ex. Expérience au centre externe du CH Charles LeMoine et du CH Sacré-Cœur.

<sup>25</sup> La démarche au CHRTR se situe à l'intérieur d'une révision du continuum de services pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale entrepris par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, afin d'améliorer l'accessibilité aux services pour ces patients.

<sup>26</sup> HMR veut notamment envisager l'introduction des infirmières auxiliaires et appliquer un programme de mentorat auprès de la relève infirmière.

<sup>27</sup> Programme sous la responsabilité de la Direction générale du personnel réseau et ministériel.

<sup>28</sup> Échantillon de douze établissements.

Pour une cohorte de 50 patients en dialyse et tous les patients en suivi systématique au stade IV et V de la maladie	
Catégorie de professionnel	Nombre minimal ETP requis
Travailleur social	0,5
Nutritionniste	1,0
Pharmacien	0,5

Les ressources requises doivent en tout temps être adaptées à l'organisation interne des établissements.

Les coûts des fournitures ne sont pas uniformes d'un centre de dialyse à l'autre. À titre d'exemple, pour onze centres de dialyse, le coût moyen annuel par patient observé, pour les filtres et les tubulures, varie de 4 540 \$ à 6 614 \$. La plupart des centres ne font pas d'achats de groupe pour les fournitures. Généralement, les centres de dialyse ne donnent pas de repas aux patients, certains centres leur offrent cependant une collation.

## 1.4 LES EXPÉRIENCES À RETENIR

Au fil des années, diverses façons d'offrir les services d'hémodialyse ont été adoptées. La délocalisation des services hors du milieu hospitalier, l'ouverture de centres satellites dans un autre centre hospitalier, la dialyse nocturne à domicile, le dossier patient partageable et le suivi systématique des personnes atteintes d'insuffisance rénale en sont quelques exemples.

### 1.4.1 La délocalisation des services en centre externe

La délocalisation des services de dialyse hors du milieu hospitalier en Ontario et au Québec démedicalise les services de dialyse et favorise le maintien optimal de l'autonomie de l'utilisateur. Ces services sont généralement axés sur l'auto-prise en charge et la responsabilité de l'utilisateur. Ils s'adressent généralement à une clientèle stable qui reçoit des traitements sans complication. Les services délocalisés peuvent être développés dans des édifices commerciaux, ou encore en centre hospitalier de soins de longue durée. Cette localisation des services permet de regrouper et de desservir à la fois une clientèle qui doit être hébergée et une clientèle ambulatoire. De façon générale, la personne est transférée au centre hospitalier lorsque surviennent des complications en cours de traitement. La gestion des unités délocalisées dépend des centres hospitaliers qui ont délocalisé le service. Le secteur privé est par ailleurs souvent mis à contribution pour la location, l'entretien et l'aménagement des édifices ou pour le soutien technique, notamment pour l'entretien des appareils de dialyse. Le *University Health Network* de Toronto a développé des unités de dialyse en périphérie de Toronto. Ces unités sont subventionnées par l'État, mais gérées par le secteur privé.<sup>29</sup>

Dans une perspective de rapprochement des services du lieu de résidence des patients, tout en maintenant la même qualité de soins et de services et la même sécurité qu'en milieu institutionnel, le Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) a développé des services délocalisés pour la clientèle de Portneuf et de Charlevoix en mettant sur pied un service d'unité mobile d'hémodialyse. Il s'agit d'un autobus long-courrier, de type « Prévost Car », équipé de dialyseurs, qui se rend alternativement trois fois par semaine dans Portneuf et Charlevoix pour offrir les services d'hémodialyse aux patients de ces secteurs. Le personnel provient du CHUQ et est relié en télémédecine avec les néphrologues de cet établissement. L'unité mobile d'hémodialyse se stationne près de l'urgence du Centre hospitalier de Charlevoix et à proximité de l'urgence du Centre hospitalier de Portneuf. Ce modèle a certaines limites liées au nombre de patients par site (10 patients par site) et à la distance à parcourir (100 à 130 km du centre de

<sup>29</sup> Les unités développées à Toronto s'inscrivent dans le programme « *Independant Health Facilities* », qui sont des services de santé subventionnés par l'État, mais gérés par des organismes privés. La gestion de ces unités est assurée par la compagnie *Dialysis Management Clinics*.

dialyse)<sup>30</sup>. L'accès à une monitrice clinique et à une mise à jour continue des connaissances est essentiel. Le conducteur du véhicule doit pouvoir assumer un éventail de tâches et interagir efficacement avec les infirmières.

#### 1.4.2 Les unités satellites

Des unités satellites de dialyse sont aussi développées en centre hospitalier. La gestion de l'unité satellite est confiée au centre hospitalier où elle est située. Les unités satellites dépendent d'un autre centre de dialyse pour la couverture médicale en néphrologie et pour le transfert des patients qui ont des complications au moment des traitements de dialyse. Ces unités reçoivent généralement une clientèle stable et qui est traitée sans complication. La télé néphrologie est parfois utilisée pour des consultations et des examens à distance des patients par les néphrologues. Selon les néphrologues, le système de télé néphrologie permettrait de satisfaire les besoins des patients, entre les visites hebdomadaires, s'il était mis en place complètement. Par ailleurs, la formation relative aux technologies de l'information (équipement de visioconférence et de télé néphrologie, logiciel) doit être suffisante pour habiliter le personnel à utiliser ces instruments de façon conviviale et simple. De plus, les équipements de télé médecine doivent être accessibles, faciles à utiliser et conviviaux.

Les internistes sont parfois appelés à participer au suivi des patients en dialyse. Le cotraitement entre les néphrologues et les internistes dans les unités satellites demeure complexe à implanter et à gérer. Le cotraitement soulève des questions notamment sur les dédoublements des visites et la multiplication du nombre d'intervenants auprès des patients. Des discussions et des consensus s'avèrent nécessaires pour implanter le cotraitement entre les spécialistes. L'intégration simultanée d'infirmières sans expérience en hémodialyse dans une nouvelle unité satellite d'hémodialyse et la formation de ce personnel demeurent un défi de taille. Le nombre d'heures d'ouverture de l'unité satellite a un impact important sur le maintien des compétences et la motivation du personnel.

Les centres de dialyse, qui desservent des unités de dialyse délocalisées ou des unités satellites de dialyse ou des patients à domicile, doivent prévoir des espaces disponibles pour pouvoir accueillir des patients dans ces unités.

#### 1.4.3 L'hémodialyse à domicile

Au milieu des années 1990, l'hémodialyse à domicile s'est développée pour répondre aux besoins des personnes éloignées des centres de dialyse. Les patients effectuent leurs traitements comme si ceux-ci avaient lieu en milieu hospitalier (même fréquence, même durée et plage horaire semblable). Il s'est maintenant développé au Québec et au Canada des formules différentes d'hémodialyse à domicile, notamment :

- l'hémodialyse diurne quotidienne de courte durée : traitement quotidien (6 traitements par semaine) de deux heures environ ;
- l'hémodialyse nocturne quotidienne à long terme : traitement quotidien (6 traitements par semaine) durant le sommeil qui s'effectue lentement pendant huit heures.

Ces deux modalités de traitement améliorent les conditions de santé (meilleur contrôle de la pression, de l'anémie, des minéraux) ainsi que la qualité de vie des patients et réduisent le recours aux médicaments. La quotidienneté des traitements amène des coûts plus élevés pour les traitements. Il y a cependant des économies appréciables sur le plan des médicaments et des hospitalisations<sup>31</sup>.

Le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke a ouvert des services d'hémodialyse nocturne à jours alternés. Celle-ci est effectuée lentement durant le sommeil du patient (de 8 à 10 heures). Le patient se dialyse toutes les deux nuits. Il reçoit ainsi sept traitements en quatorze jours, soit un traitement de plus qu'en milieu hospitalier. Tout comme les modalités précédentes, cette modalité

<sup>30</sup> P. Lehoux *et al.*, *Évaluation des unités satellites et mobiles d'hémodialyse*, rapport synthèse, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, février 2004, p. 10.

P. Lehoux *et al.*, *Évaluation des unités satellites et mobiles d'hémodialyse*, rapport, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, août 2004, p. 111.

<sup>31</sup> Christopher R. Blagg *et al.*, « The London daily/Nocturnal Hemodialysis Study », *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 42, n° 1, suppl. 1, juillet 2003.

de traitement améliore les conditions de santé (meilleur contrôle de la pression, de l'anémie, des minéraux) ainsi que la qualité de vie des patients et réduit le recours aux médicaments et les hospitalisations tout en étant moins coûteuse que la formule d'hémodialyse quotidienne<sup>32</sup>.

L'une des contraintes de l'hémodialyse à domicile est la nécessité d'avoir une autre personne présente au moment du traitement. Il s'agit très souvent du conjoint ou de la conjointe de la personne dialysée. Cet aidant naturel est âgé et a souvent des problèmes de santé qui peuvent venir interrompre l'assistance à la personne dialysée et de fait compromettre le traitement d'hémodialyse à domicile. Il y aurait lieu d'explorer si les systèmes de télésurveillance pourraient contrer cette difficulté. L'installation de quelques postes de traitements accessibles aux personnes capables de s'auto-hémodialyser dans un établissement constitue possiblement une autre avenue à considérer. Une préposée aux bénéficiaires ou une infirmière auxiliaire<sup>33</sup> devra alors être présente afin d'assurer des traitements sécuritaires. Elle pourrait notamment avoir la tâche d'accompagner quelques hémodialysés et de désinfecter les appareils d'hémodialyse après chacun des traitements. La présence de personnes bénévoles au domicile des hémodialysés constitue aussi une autre solution.

#### 1.4.4 Le dossier patient partageable

Dans certains établissements, l'utilisation de dossier patient électronique partageable et des interfaces avec les systèmes d'information des services de laboratoire et d'imagerie facilite la transmission des informations entre les unités délocalisées ou les unités satellites et le centre de dialyse auquel sont rattachées ces unités. Le dossier patient informatisé et partageable avec une interface pour les examens de laboratoire et les examens radiologiques est un atout majeur, car il permet :

- d'économiser du temps à tous les intervenants puisque les données sont captées en direct ;
- d'avoir un accès instantané aux données, et ce, dans plusieurs endroits différents (au CH ou au centre externe d'hémodialyse) ;
- d'éviter des erreurs liées à la transmission ou à la transcription des informations ;
- de générer des économies en personnel de bureau ;
- à tous les intervenants d'avoir une vue d'ensemble sur l'état de santé physique et psychologique du patient ;
- aux médecins, aux infirmières et autres professionnels, selon leur droit d'accès, d'inscrire directement des données au dossier du patient.

#### 1.4.5 Le suivi systématique

Le Centre hospitalier ambulatoire de Laval a mis en place des services de prise en charge précoce pour la clientèle susceptible de développer une insuffisance rénale. Ces services visent à diminuer les visites à l'urgence, les hospitalisations, le nombre de personnes en dialyse et conséquemment les coûts. Les services se composent de programmes interreliés dont deux d'entre eux, soit la clinique d'hypertension artérielle et de micro-albumine, amorcent très tôt la détection et le suivi des personnes susceptibles d'avoir ou ayant une insuffisance rénale. Ces deux programmes ont pour but l'atteinte d'un meilleur contrôle de la tension artérielle par l'adoption de saines habitudes alimentaires, la réduction de la consommation de sodium, le contrôle du poids, la limitation de l'alcool et l'apport d'exercice physique. Le programme « Pré-voir » et le programme « Pré-dir » sont semblables aux programmes de pré-dialyse offerts dans les autres établissements.

Selon les néphrologues et le guide de pratique de la Société canadienne de néphrologie<sup>34</sup>, les personnes atteintes ou 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 référées, par la suite, à des services

<sup>32</sup> En mai 2006, il y a 25 patients en hémodialyse nocturne à Sherbrooke. Les responsables du service notent une diminution considérable des jours d'hospitalisation et de la consommation de médicaments par ces patients. La situation hémodynamique des patients est aussi nettement améliorée.

<sup>33</sup> Personnel ayant reçu une certaine formation pour accomplir cette tâche.

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

spécialisés lorsque la maladie progresse. Le tableau suivant résume le suivi des patients en fonction du degré de progression de la maladie.

**Tableau 12**  
**Les stades de l'insuffisance rénale**  
**et la prise en charge des patients**

Stade	Taux de filtration glomérulaire	Prise en charge des patients	Suivi médical et professionnel
V	Taux < 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 multidisciplinaire associée au centre de dialyse</li> </ul>
IV	Taux 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 multidisciplinaire associée au centre de dialyse</li> </ul>
III	Taux 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>○ Par un 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> </ul>
II	Taux 60 à 79 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des facteurs de comorbidités associés (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Par un 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> </ul>
I	Taux > 80 ml par minute	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Prise en charge des facteurs de comorbidités associés (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, etc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Par un médecin de famille</li> <li>○ Suivi par un néphrologue pour d'autres maladies rénales</li> </ul>

## 1.5 LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT

### 1.5.1 La recherche

En 2005-2006, les principaux organismes subventionnaires en recherche : le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Fondation canadienne du rein (FCR) ont attribué 4 695 655 \$, soit :

- 731 405 \$ en bourses de chercheurs ;
- 3 964 250 \$ en subventions de recherche en néphrologie.

Le tableau suivant indique le partage du montant accordé par les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS).

**Tableau 13**  
Projets de recherche financés par le FRSQ, les IRSC et la FCR  
selon les RUIS

Institution	FRSQ	IRSC	FCR	TOTAL
RUIS - Université de Montréal	735 677	935 931	534 000	2 205 608
RUIS - Université McGill	172 046	933 775	348 906	1 454 727
RUIS - Université Laval	74 734	634 418	99 942	809 094
RUIS - Université de Sherbrooke	61 348	64 878	100 000	226 226
<b>TOTAL</b>	1 043 805	2 569 002	1 082 848	4 695 655

Cela ne représente qu'une partie des sommes investies pour la recherche en néphrologie. Certains chercheurs sont financés par d'autres fondations, organismes, ou par des compagnies pharmaceutiques.

Les principaux thèmes de recherche concernent l'insuffisance rénale chronique, la transplantation rénale, les maladies génétiques rénales, la régénération des tissus, la physiologie rénale, l'épidémiologie et les sciences infirmières.

**Tableau 14**  
Les principaux établissements  
où il se fait des recherches en néphrologie

Établissements	Région	Existence	Équipe	Programme Structuré
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)	3	oui	oui	oui
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	4	oui	–	–
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	5	oui	oui	oui
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	6	oui	oui	oui
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	6	oui	oui	oui
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	6	oui	oui	oui
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	6	oui	oui	oui
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	6	oui	oui	oui
INSTITUT DE RECHERCHE CLINIQUE DE MONTRÉAL	6	oui	–	–
CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)	13	oui	–	non
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	16	oui	oui	oui

### 1.5.2 L'enseignement

On estime à 10 le nombre de nouveaux néphrologues qui terminent leur résidence et commencent à pratiquer par année. En 2005-2006, il y avait 27 résidents dans le programme de néphrologie, soit 9 en quatrième année de résidence, 13 en cinquième année et 5 en sixième année.

**Tableau 15**  
Nombre de résidents dans le programme de néphrologie  
selon la faculté de médecine et l'année scolaire <sup>35</sup>

Facultés	2003-2004	2004-2005	2005-2006
Laval	2	2	3
McGill	4	5	11
Montréal	8	8	6
Sherbrooke	3	5	7
Total	17	20	27

En 2003-2004, ces résidents ont fait 6 467 jours de stages, dont 6 117 jours en néphrologie.

Les établissements qui les accueillent sont :

- pour les résidents de la Faculté de médecine de l'Université Laval : le Centre hospitalier universitaire de Québec et l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal pour le volet pédiatrique.
- pour les résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal : le Centre hospitalier universitaire de Montréal, l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal pour le volet pédiatrique.
- pour les résidents de la Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke : le Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, le Centre hospitalier universitaire de Montréal, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et l'Hôpital Sainte-Justine de Montréal pour le volet pédiatrique.
- pour les résidents de la Faculté de médecine de l'Université McGill : le Centre universitaire de santé McGill pour le volet adulte et pédiatrique et l'Hôpital général juif Mortimer B. Davis.

Ces mêmes établissements reçoivent des résidents en stage provenant des programmes d'anatomo-pathologie, de médecine interne, de pédiatrie, d'urologie, de médecine nucléaire et de génétique médicale. Les résidents de ces programmes ont réalisé 494 jours de stage en néphrologie. Le tableau de l'annexe 4 présente le nombre de jours de stage réalisés par les résidents selon les milieux de stage.

Au cours des prochaines années, il y aura huit infirmières praticiennes spécialisées en néphrologie. Ces infirmières font leurs stages à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, au Centre hospitalier universitaire de Québec et au Centre universitaire de santé de McGill. Elles iront travailler :

Établissement	Nombre
Hôpital Maisonneuve-Rosemont	2
Centre hospitalier universitaire de Montréal	2
Centre hospitalier universitaire de Québec	2
CSSS de Chicoutimi	1
Centre universitaire de santé McGill	1

<sup>35</sup> Données extraites des listes de résidents en médecine 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006 du Collège des médecins du Québec.

## 1.6 LES PARTICULARITÉS DE LA NÉPHROLOGIE PÉDIATRIQUE

Il y a peu d'enfants qui souffrent d'insuffisance rénale. En septembre 2003, on comptait 19 enfants en dialyse à l'Hôpital de Montréal pour enfants et à l'Hôpital Sainte-Justine. Le traitement des enfants requiert des intervenants qui ont une expérience, des compétences et des connaissances particulières en pédiatrie. Il nécessite aussi une gamme de matériel varié pour tous les âges et les poids.

Selon les néphrologues pédiatriques, il est essentiel que tous les enfants qui pèsent 30 kilogrammes et moins soient suivis par un néphrologue pédiatrique et aient leurs traitements dans un centre pédiatrique. Les enfants qui pèsent 30 kilogrammes et plus doivent également être suivis par un néphrologue pédiatrique. Ils peuvent cependant recevoir leurs traitements dans un autre centre de dialyse où un médecin est présent.

En hémodialyse pédiatrique, le ratio d'enfants par infirmière dépend de l'âge de l'enfant, de son état cognitif et de sa réaction au traitement. Ainsi, pour les enfants en bas de 5 ans, les enfants agités ou ceux qui tolèrent mal le traitement, le ratio doit être d'un enfant par infirmière. Pour les enfants de cinq ans et plus qui tolèrent bien les traitements, le ratio peut être de deux enfants par infirmière.

Les enfants en dialyse, tout comme les adultes, sont suivis par une équipe d'intervenants interdisciplinaire composée d'une nutritionniste, d'un pharmacien et d'un travailleur social. Durant l'année scolaire, un professeur complète cette équipe pour les enfants en hémodialyse. L'équipe interdisciplinaire fait aussi un suivi systématique auprès des enfants qui devront, à plus ou moins brève échéance, commencer un traitement de dialyse. Les interventions sont plus intenses lors du suivi systématique et en début de traitement de dialyse.

## 1.7 LA PROBLÉMATIQUE DU TRANSPORT

Les patients qui reçoivent des traitements peuvent bénéficier d'indemnités de déplacement et d'hébergement par l'un des programmes suivants en fonction de leur situation :

- les accidentés de la route, par la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) ;
- les accidentés du travail ou les personnes qui ont une maladie professionnelle, par la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) ;
- les personnes qui se déplacent hors de leur région de résidence et à plus de 250 kilomètres, par la politique de déplacement des usagers du réseau de la santé et des services sociaux ;
- les anciens combattants et les autochtones bénéficient de programmes fédéraux de compensation des frais de transport et d'hébergement ;
- les personnes admissibles à la sécurité du revenu, par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille (MESSF) ;
- les personnes handicapées, par le budget alloué à la région de résidence de la personne par le ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre du programme de compensation financière pour le transport et l'hébergement.

Les personnes qui reçoivent des traitements d'hémodialyse ont généralement droit à une compensation financière pour leurs déplacements en vertu des deux derniers programmes.

Les différents programmes gouvernementaux compensent de façon différente les frais encourus par les utilisateurs, ce qui crée une iniquité basée sur le statut de la personne. Il existe aussi des iniquités d'une région à l'autre et d'un établissement à l'autre à l'intérieur d'une région, notamment pour ce qui est de l'administration du programme de compensation financière « transport hébergement pour les personnes handicapées ». Le tableau 5.1 de l'annexe 5 présente une comparaison entre les principaux programmes de compensation financière.

L'organisation des transports pour les personnes en hémodialyse présente des difficultés. La lourdeur des handicaps des personnes en hémodialyse oblige un recours à un transport adapté à la condition des personnes. Cela amène des problèmes de recrutement des transporteurs. Les

personnes en hémodialyse reçoivent des traitements de longue durée (4 heures), trois fois par semaine, selon un horaire fixe. La régularité, la fréquence et la durée des traitements imposent des contraintes. La famille et les proches ne peuvent généralement pas assumer cette tâche et le recrutement des transporteurs est de plus en plus complexe. Il est compliqué d'utiliser le transport adapté en raison de l'irrégularité des horaires et des délais d'attente pour les patients. L'organisation du transport (covoiturage, transport adapté, bénévole) allonge aussi de façon considérable le temps consacré pour recevoir des traitements d'hémodialyse (parfois de 2 à 3 heures de plus). Ainsi, l'organisation et les coûts encourus pour le transport constituent un frein à l'accessibilité des services.

De plus, il faut signaler que les traitements d'hémodialyse, les visites médicales et les hospitalisations créent souvent un déséquilibre financier pour les familles qui ont des enfants en dialyse, en raison des frais de transport et des pertes de revenu du parent qui doit s'absenter du travail pour accompagner son enfant.

## 1.8 LA 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 télémédecine 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'oeuvre<sup>36</sup> 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.

---

<sup>36</sup> Tels les préposés ayant reçu une formation spéciale, les infirmières auxiliaires, etc.

## CHAPITRE 2 : LES ORIENTATIONS EN MATIÈRE D'ORGANISATION DES SERVICES

### 2.1 LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

#### La hiérarchisation des services

La définition de la gamme des services de santé et des services sociaux s'adressant à une clientèle ou répondant à une problématique particulière doit reposer sur une hiérarchisation des services afin que le bon service soit prodigué au bon endroit et par la bonne personne. Le principe de hiérarchisation des services en fonction du degré de spécialisation requis et celui du cheminement de la personne qui les reçoit visent à améliorer la complémentarité des services entre la première, la deuxième et la troisième ligne. Il favorise une meilleure cohérence, une continuité accrue et une plus grande efficacité des services.

Il existe trois niveaux de services<sup>37</sup>. Les services de première ligne sont les plus généraux (ou encore les moins spécialisés) de la gamme des services. Offerts à proximité des personnes (local), ils répondent aux problèmes de santé ou aux problèmes psychosociaux usuels et variés. Ils regroupent les services généraux qui traitent des problèmes généralement ponctuels, qui peuvent aussi être de nature aiguë et réversible, et les services spécifiques qui s'adressent notamment aux personnes atteintes d'une maladie chronique, afin de répondre à leurs besoins souvent multiples, interreliés ou concomitants. Ces personnes requièrent généralement des services continus et souvent intensifs. Ainsi, en première ligne, le suivi systématique des patients et l'implication concertée de tous les intervenants sont essentiels pour maintenir une qualité de vie aux patients, notamment en prévenant les hospitalisations et les fréquentes visites à l'urgence. Au niveau local, les personnes atteintes d'une maladie chronique ont besoin d'interventions continues et dispensées en interdisciplinarité par plusieurs professionnels du milieu de la santé, notamment des médecins omnipraticiens, des infirmières, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes.

Les services de deuxième ligne servent à résoudre des problèmes complexes mais répandus, exigeant une expertise regroupée en masses critiques optimales ou minimales et souvent une infrastructure coûteuse. Les services de deuxième ligne correspondent aux services spécialisés et peuvent être des services de proximité offerts au niveau local ou sous-régional. Par ailleurs, certains services de deuxième ligne ne sont offerts qu'au niveau régional par le centre hospitalier avec une mission régionale (CHR).

Les services de troisième ligne quant à eux servent à résoudre des problèmes très complexes ou des problèmes dont la prévalence est très faible et pour lesquels il faut concentrer les ressources pour les offrir. Ces services exigent généralement des compétences très spécialisées et des équipements surspécialisés ou très coûteux. Ce sont généralement les services les plus spécialisés de la gamme des services. Sauf exception, ils ne constituent pas des services de proximité ; ils sont la plupart du temps dispensés par les centres hospitaliers du RUIS.

Les services de néphrologie et de suppléance rénale sont souvent perçus comme exclusivement des services de deuxième ligne. Dans une perspective d'un véritable continuum de services pour prévenir, retarder et soigner l'insuffisance rénale, tous les niveaux de services doivent être interpellés.

Ainsi, 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.

---

<sup>37</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services*, document approuvé par le CODIR, janvier 2004.

## La responsabilité populationnelle

Les régions, et plus particulièrement les établissements locaux, sont responsables de s'assurer que leur population ait accès aux services de santé et aux services sociaux dont elle a besoin. Cet accès se fait généralement en offrant directement les services dont la population a besoin. L'accès aux services peut aussi se réaliser par des ententes interrégionales ou interétablissements, particulièrement pour ceux qui demandent une certaine masse critique. Les services doivent se compléter les uns les autres.

Ainsi, les régions ont la responsabilité d'assurer une accessibilité aux services de néphrologie et de suppléance rénale. Cette accessibilité se traduit par :

- une organisation de services dans toutes les régions du Québec avec l'appui des centres universitaires et des technologies de la télénéphrologie pour les traitements de dialyse ;
- une offre de services au niveau local, à proximité du lieu de résidence des personnes, à la condition que le nombre de personnes permette d'organiser des services à la fois sécuritaires et fonctionnels ;
- une organisation efficace du transport et une compensation équitable des frais de transport pour les patients en hémodialyse ainsi qu'une certaine harmonisation des pratiques au Québec ;
- l'accès aux services pour les dialysés en déplacement lorsque les centres de dialyse peuvent accueillir ces personnes.

## L'autonomie et la responsabilisation de la personne atteinte d'insuffisance rénale

Le diabète, les maladies cardiovasculaires (MCV) et l'insuffisance rénale sont des maladies progressives et irréversibles. Au fur et à mesure de leur évolution, elles ont un impact de plus en plus marqué sur les capacités fonctionnelles et la qualité de vie des personnes qui en sont atteintes et de leurs proches. Ces maladies chroniques requièrent une approche adaptée à la situation des patients. L'approche de soins aux malades chroniques diffère de celle des soins aigus. Il ne s'agit pas de guérir le patient. On vise à réduire la détérioration des conditions de santé du patient et à lui assurer une certaine qualité de vie. La composante éducation, réadaptation et autogestion de la maladie par le patient constituent des éléments essentiels du traitement. Les proches doivent aussi être impliqués. L'approche de soins aux malades chroniques vise aussi à responsabiliser la personne quant à sa maladie et à maintenir son autonomie. Cela demande souvent une adaptation de la part du personnel soignant qui est formé pour prendre en charge la personne malade. La diversité de l'offre de services et des niveaux de soins requis favorise une plus grande autonomie et responsabilisation des personnes atteintes. Par conséquent, celles-ci peuvent, en fonction de leurs capacités, prendre une part active dans le suivi de leur condition de santé et éventuellement dans leurs traitements.

Ainsi, 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.

## 2.2 LE CONTINUUM DE SERVICES

Les problèmes d'insuffisance rénale sont la plupart du temps consécutifs à une maladie initiale (diabète, hypertension artérielle et maladies vasculo-rénales). Pour faire obstacle efficacement et à long terme à l'insuffisance rénale, il faut d'abord agir auprès de la population en faisant de la prévention des maladies chroniques qui ont une incidence sur la fonction rénale. Il faut aussi intervenir efficacement auprès des personnes atteintes de ces maladies ainsi qu'auprès de celles atteintes d'insuffisance rénale.

### Agir auprès de la population pour prévenir les maladies chroniques

Afin de prévenir l'apparition de problèmes d'insuffisance rénale dans la population, il y a lieu d'agir en amont en faisant de la prévention, pour éviter ou retarder l'apparition de certaines maladies chroniques tels l'obésité, le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires. À cet égard, le programme national de santé publique 2003-2012 identifie le diabète, les maladies cardiovasculaires et l'obésité en tant que maladies chroniques « qui sont en partie évitables par des actions axées sur des déterminants communs en particulier trois habitudes de vie : le tabagisme, une alimentation déséquilibrée et la sédentarité<sup>38</sup> ».

Ainsi, les activités touchant les saines habitudes inscrites dans le Programme national de santé publique doivent se concrétiser.

- Organisation de campagnes de communication axées sur de saines habitudes de vie : la saine alimentation, la pratique de l'exercice physique régulière et le non-usage du tabac.
- Consolidation des actions relatives à la concertation locale et régionale en sécurité alimentaire visant l'accessibilité et la disponibilité des aliments sains et nutritifs.
- Promotion de la création d'environnement et de contexte d'activités sécuritaires et accessibles favorisant la pratique régulière d'activités physiques d'intensité modérée et visant, par exemple, l'utilisation optimale des équipements, l'accès aux infrastructures, l'aménagement urbain et le soutien aux réseaux organisés.
- Conception et organisation dans les écoles primaires et secondaires d'activités axées sur l'acquisition de saines habitudes de vie : non-usage du tabac, saine alimentation, activité physique.
- Counseling concernant le tabagisme, les habitudes alimentaires, l'activité physique.
- Intégration de services de consultation brève concernant l'arrêt de la consommation de tabac, des services téléphoniques d'information, d'orientation et de consultation relatifs au tabagisme et des services de dépistage et de consultation intensifs concernant le tabagisme.
- Soutien des cliniciens pour la détection précoce de l'hypertension artérielle chez les adultes et les personnes âgées et prise en charge des personnes atteintes.<sup>39</sup>

### Agir auprès des personnes atteintes de maladies qui ont un impact sur la fonction rénale

La détection précoce des personnes atteintes de diabète, d'hypertension artérielle et de maladies cardiovasculaires de même que la mise en place d'interventions efficaces permettent de retarder la détérioration des conditions de santé des personnes atteintes et ainsi éviter l'apparition de problèmes d'insuffisance rénale. En 2001<sup>40</sup>, la première maladie initiale des patients qui commencent des traitements de dialyse était l'hypertension artérielle, suivent les maladies vasculo-rénales et le diabète dans 47 % des cas au Québec et dans 52,5 % des cas au Canada.

<sup>38</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 42.

<sup>39</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003, p. 46.

<sup>40</sup> Données provenant de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO).

Ainsi, il y a lieu d'agir auprès des personnes atteintes de maladies qui ont un impact sur la fonction rénale par :

- une détection précoce de l'hypertension artérielle, du diabète et de l'hypercholestérolémie, lors des visites médicales, selon les recommandations reconnues par les groupes d'experts ;<sup>41</sup>
- des diagnostics précoces des maladies cardiovasculaires lors de visites médicales ;
- des interventions générales auprès des personnes atteintes, comme l'enseignement de base, une médication efficace et un suivi médical régulier ;
- la mise en place au niveau local d'un projet clinique qui inclurait le diabète, l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires afin 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, etc.) ;
- la mise en place d'une deuxième ligne de services spécialisés bien structurée, en collaboration avec les intervenants locaux, 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.

### **Agir auprès des personnes atteintes d'insuffisance rénale**

La détection précoce de l'insuffisance rénale et le suivi des personnes atteintes permettent de retarder le recours à la suppléance rénale. Les médecins de famille et les intervenants locaux (infirmière, nutritionniste, pharmacien, travailleurs sociaux) ont un rôle particulièrement important à jouer auprès des personnes qui sont au stade I, II et III de la maladie. L'enseignement et l'autogestion de la maladie retardent le recours au traitement.

Les néphrologues et les intervenants (infirmière, nutritionniste, pharmacien, travailleurs sociaux) associés au suivi systématique de l'insuffisance rénale rencontrent surtout des personnes au stade IV et V de la maladie (voir tableau 11, sections 1, 4, 5). Les interventions de suivi systématique permettent notamment de retarder la dialyse, de discuter avec la personne de la pertinence du traitement de suppléance rénale, d'effectuer les enseignements requis et de mieux préparer la personne à un éventuel traitement de suppléance rénale.

Ainsi, pour freiner les problèmes d'insuffisance rénale, il faut mener :

- 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.
- la prise en charge et suivi des patients atteints d'insuffisance rénale de stade III (taux de filtration glomérulaire se situant de 30 à 59) à l'intérieur des projets cliniques des CSSS<sup>42</sup>.
- la prise en charge et suivi des patients atteints d'insuffisance rénale de stade IV (taux de filtration glomérulaire se situant de 15 à 29) et V (taux de filtration glomérulaire < 15) par une équipe de suivi systématique de l'insuffisance rénale pour retarder le traitement de suppléance rénale et préparer la personne à recevoir ses traitements.
- le suivi médical régulier et prise en charge globale des personnes atteintes d'insuffisance rénale.

Le traitement de suppléance rénale doit favoriser l'autonomie et la responsabilisation des personnes et être adapté à leurs conditions de santé. Cela implique d'avoir :

<sup>41</sup> Canadian Hypertension Education Program Recommendations, 2006, « Many Canadian with hypertension remain undetected ; therefore measure blood pressure in all adults at all appropriate visits ». L'âge de la détection pour les hommes et les femmes s'harmonise avec l'âge de la détection pour le diabète.

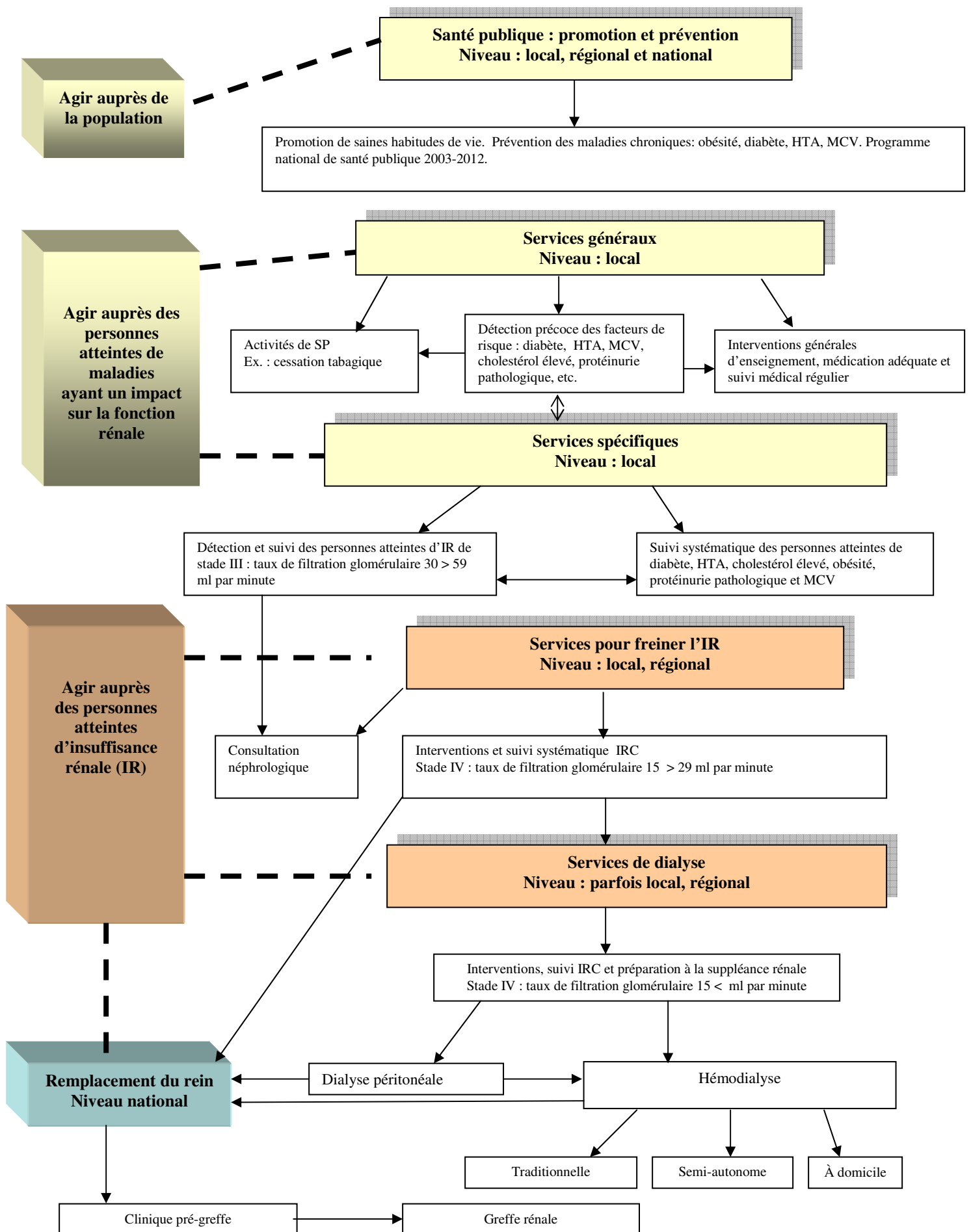
<sup>42</sup> Canadian Society of Nephrology, *Paper care and referral of patients with reduced kidney function draft*, avril 2006, approuvé au colloque de mai 2006.

- une offre de traitement de dialyse diversifiée permettant 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, hospitalière, hémodialyse nocturne) ;
- une offre de services répondant à l'ensemble des besoins de la personne atteinte d'insuffisance rénale en mettant en place des équipes interdisciplinaires<sup>43</sup> (infirmière, pharmacien, travailleur social, diététiste) ;
- 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.

---

<sup>43</sup> Équipes interdisciplinaires axées sur une relation étroite d'échange et de collaboration entre les membres de celles-ci, dont la formation professionnelle est différente, en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir notamment une clientèle à problèmes multiples. Ces personnes poursuivent des objectifs communs de traitement ou d'intervention pour répondre aux besoins des usagers. Inspiré de C. Larivière et A. Savoie, *Bilan de l'implantation et du fonctionnement des équipes multidisciplinaires de travail dans le réseau de la santé et des services sociaux au Québec*, CQRS subvention 1999-2001.

### 2.3 LE SCHÉMA DU CONTINUUM DE SERVICES



## **2.4 LE MODÈLE THÉORIQUE DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SUPPLÉANCE RÉNALE**

Les services de suppléance rénale sont eux aussi hiérarchisés. Les CH locaux peuvent organiser des services de dialyse avec une équipe interdisciplinaire, des néphrologues, des internistes ou des omnipraticiens ayant bénéficié d'une formation appropriée. L'intégration d'une infirmière praticienne à cette équipe devrait se faire progressivement. Le CH local peut aussi être un centre satellite fixe.

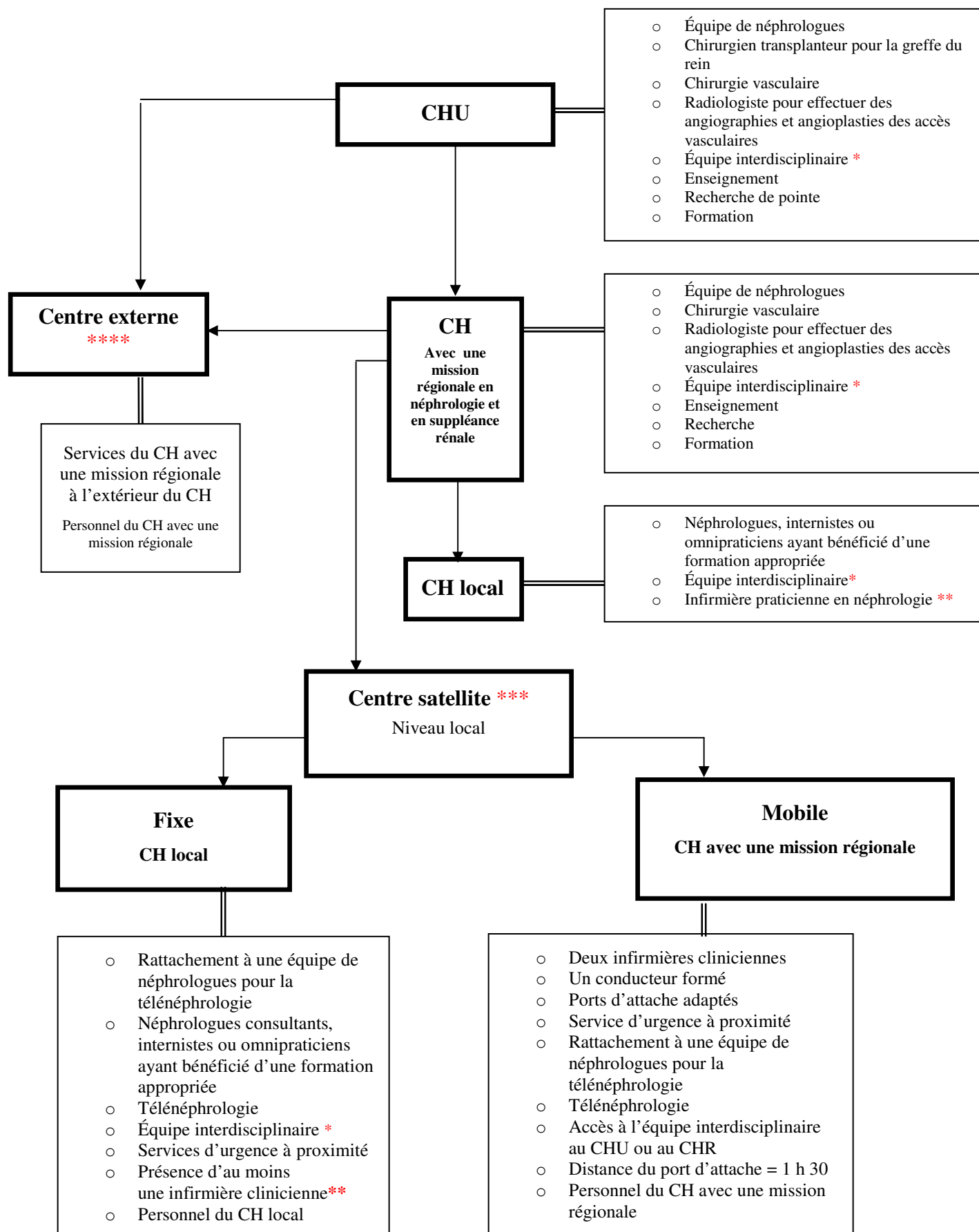
Il est à noter que pour organiser un service d'hémodialyse minimal dans un CH local, il faut :

- un minimum de 4 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 d'augmentation du nombre de patients ;
- des services d'urgence à proximité.

Dans un CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale, on trouve une équipe de néphrologues, des chirurgiens vasculaires, des services de radiologie pour effectuer les angiographies et les angioplasties des accès vasculaires et une équipe interdisciplinaire. Le CH avec une mission régionale assiste les CH locaux. Il peut aussi organiser des services en unité satellite mobile ou des services en centres externes.

En plus des caractéristiques des CH avec une mission régionale, les CHU ont une équipe de chirurgiens transplantateurs pour effectuer des greffes rénales.

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 bénéficié 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.

## CHAPITRE 3 : L'ORGANISATION ET LE DÉVELOPPEMENT DES SERVICES

### 3.1 LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES

Il y a évidemment un lien entre le continuum de services présenté précédemment et la hiérarchisation des services de néphrologie et de suppléance rénale. La présente section vient préciser l'offre de services en fonction du niveau où elle se situe.

#### Niveau local

Chacun des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux doit mettre en place les activités de promotion et de prévention prévues dans le Programme national de santé publique et dans les plans d'actions qui en découlent. Ces activités sur l'adoption de saines habitudes de vie touchent l'ensemble de la population et les personnes atteintes de maladies pouvant entraîner de l'insuffisance rénale.

Les services de niveau local sont essentiels pour les personnes atteintes de maladies qui ont une incidence sur l'insuffisance rénale tels le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle et l'obésité. Le rôle du médecin de famille est particulièrement important pour la détection précoce, le diagnostic et le suivi médical de ces personnes. Les pharmaciens communautaires participent aussi au suivi des personnes notamment en surveillant les interactions médicamenteuses entre les médicaments prescrits d'une part et entre ceux-ci et les médicaments en vente libre d'autre part.

Chacun des CSSS devrait avoir un projet clinique pour les personnes atteintes de maladies chroniques pour répondre au suivi systématique des personnes atteintes de diabète, d'une maladie cardiovasculaire ou d'obésité. Le suivi des personnes atteintes d'insuffisance rénale doit aussi être inclus dans le projet clinique des CSSS.

De façon générale et non exhaustive, les projets cliniques devraient comprendre un suivi médical par un médecin de famille pour la détection précoce et le diagnostic ; des services d'enseignement et d'autogestion, incluant une relance périodique pour vérifier et renforcer les acquis et l'autogestion de la maladie ; un suivi systématique à l'intérieur de services intégrés comprenant des services infirmiers, de nutrition, psychosociaux et de kinésiologie. Les services intégrés sont coordonnés par un intervenant pivot.

La détection précoce de l'insuffisance rénale chez les personnes qui ont des facteurs de risque cardiovasculaires associés (HTA, diabète, cholestérol, obésité, protéinurie pathologique, etc.) est faite par le médecin qui suit la personne lors des visites médicales. 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) sont aussi de la responsabilité du médecin de famille et des intervenants des CSSS. Par ailleurs, une référence en néphrologie peut être utile et nécessaire pour, entre autres, préciser certains aspects du traitement ou pour d'autres problèmes néphrologiques. La personne est confiée aux services de suivi systématique en insuffisance rénale lorsque la maladie atteint le stade IV (taux de filtration glomérulaire de 15 à 29 ml par minute).

Le développement de services de suppléance rénale au niveau local ou sous-régional est souhaitable pour accroître l'accessibilité. Ainsi, les infirmières des CSSS pourraient aider les personnes qui ont de la difficulté à administrer elles-mêmes leur traitement de dialyse péritonéale. Cela permettrait, entre autres, à certaines personnes d'éviter de longs déplacements pour obtenir des traitements d'hémodialyse.

Les services d'hémodialyse devraient être accessibles en moins de 2 heures 30 minutes aller-retour dans des conditions optimales (belle température, pas de travaux routiers, circulation fluide). Ainsi, pour faciliter l'accès, les services d'hémodialyse peuvent être dispensés au niveau local.

Par ailleurs, 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;
- 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.

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.

Ces ratios sont évidemment adaptés aux conditions de santé des personnes. Ils diffèrent aussi lorsque l'aménagement physique des locaux pose des contraintes pour offrir des traitements sécuritaires. Il y a lieu d'intégrer davantage les aides techniques au personnel du centre de dialyse pour favoriser une utilisation optimale des compétences exclusives de l'infirmière en matière de prise en charge des usagers dialysés et pour valoriser les aides soignants qui deviennent responsables des aspects techniques du traitement.

Les ratios de professionnels pour le suivi des personnes en dialyse et pour le suivi systématique des personnes au stade IV et V de la maladie, mais pas encore en dialyse, pour 50 patients en dialyse sont évalués à :

- 0,5 équivalent temps complet pour le travailleur social ;
- 1,0 équivalent temps complet pour la nutritionniste ;
- 0,5 équivalent temps complet pour le pharmacien.

Les ressources requises doivent en tout temps être adaptées à l'organisation interne des établissements.

### **Niveau régional**

Le centre hospitalier avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale regroupe une équipe de néphrologues et du personnel spécialisé en néphrologie qui offrent des services de néphrologie et de suppléance rénale à la population de la région. À ce titre, l'équipe de néphrologues est appelée à recevoir les patients en situation instable ou présentant des problèmes néphrologiques complexes qui ne peuvent être assumés au niveau local. On doit ainsi prévoir des plages horaires excédentaires pour permettre au centre de dialyse régional de recevoir des personnes en provenance des autres centres de dialyse, du domicile ou pour traiter des cas aigus d'insuffisance rénale. Cela s'avère notamment essentiel lorsque le CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale supervise des centres satellites, des services externes d'hémodialyse et des patients à domicile. Le taux d'occupation d'un CH avec une mission régionale en néphrologie et en insuffisance rénale ne doit pas être supérieur à 90 % afin de fournir les ressources nécessaires à l'arrivée de personnes supplémentaires. Ainsi, le nombre de plages horaires disponibles devrait au moins être supérieur de 10 % du nombre total de personnes en hémodialyse au CH avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale, dans les centres satellites, les centres externes et à domicile.

En concertation avec l'Agence régionale, le centre hospitalier 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 l'ouverture de centres satellites ou de centres externes de dialyse.

L'accès aux services de chirurgie vasculaire et aux examens de radiologie doit aussi s'organiser au niveau régional lorsque ces services ne sont pas disponibles au niveau local. La formation et la mise à jour des connaissances du personnel et des omnipraticiens qui s'occupent des personnes atteintes d'insuffisances rénales relèvent aussi du CH avec une mission régionale.

Les centres hospitaliers avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale constituent également un milieu privilégié de stage de formation pour les médecins résidents en néphrologie et pour les autres professionnels qui pratiquent auprès des personnes atteintes d'insuffisance rénale. C'est aussi un milieu de recherche clinique.

Les responsabilités du centre hospitalier régional en néphrologie et en suppléance rénale sont dévolues au centre hospitalier du RUIS dans les régions où il n'y a pas de centre hospitalier régional. Le tableau ci-dessous énumère les centres hospitaliers avec une mission régionale en néphrologie et en suppléance rénale existants.

Région	Centre hospitalier régional en néphrologie et en suppléance rénale
Bas-Saint-Laurent	CSSS 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 juif Mortimer B. Davis Hôpital St. Mary
Outaouais	CSSS de Gatineau (Pavillon de Hull)
Abitibi-Témiscamingue	RUIS Université McGill CUSM
Côte-Nord	CHUQ Hôtel-Dieu de Québec
Nord-du-Québec	RUIS Université McGill CUSM
Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	CSSS 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 (CHRDL)
Laurentides	CSSS Rivière du Nord/Nord de Mirabel (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)
Montérégie	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.

## Niveau du RUIS

Certains services de néphrologie et de suppléance rénale doivent être concentrés en raison de l'expertise requise et de la masse critique. Ainsi, les enfants qui pèsent 30 kilogrammes et moins doivent être traités et suivis dans un centre hospitalier pédiatrique par un néphrologue pédiatrique. Le suivi des enfants qui pèsent plus de 30 kilogrammes et des adolescents est aussi confié à un néphrologue pédiatrique qui les voit aux trois mois pour le bilan de croissance et l'évaluation pour la liste de greffe. Les enfants plus âgés peuvent, par ailleurs, recevoir leurs traitements d'hémodialyse dans un CH avec une mission régionale ou dans un CH local, en présence d'un néphrologue sur place qui accepte de suivre la clientèle pédiatrique. Compte tenu de la faible masse critique, il y aura un programme provincial de néphrologie pédiatrique pour desservir l'ensemble du Québec qui sera situé au CHU pédiatrique Sainte-Justine de Montréal. Ce centre assume aussi les greffes rénales auprès des enfants.

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 régional qui remplit ces fonctions. Le RUIS est aussi responsable de tous les services liés à la greffe : l'évaluation et la préparation à la greffe, la chirurgie et le suivi postgreffe. Des ententes entre les RUIS, notamment en ce qui a trait à des chirurgies complexes, peuvent favoriser l'accès au service de greffe.

Le RUIS est également un lieu privilégié de recherche, d'enseignement de pointe et d'évaluation des technologies dans le domaine de la néphrologie.

Les centres hospitaliers par RUIS sont :

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	RUIS Université de Montréal et tout le Québec

### 3.2 LA MISE À NIVEAU DES SERVICES

L'organisation du suivi des patients atteints d'une maladie chronique à l'intérieur des projets cliniques demande un ajout de professionnels pour répondre aux besoins. Ce sont notamment des infirmières, des nutritionnistes, des travailleurs sociaux et des pharmaciens. Le nombre de ressources requises est cependant difficile à évaluer, d'autant plus qu'il varie d'un centre de santé et de services sociaux à l'autre.

Il n'y a pas de liste d'attente pour les services de dialyse. Les patients atteints d'insuffisance rénale qui ont besoin de dialyse doivent recevoir immédiatement les services pour vivre. La problématique d'accès aux services se traduit d'abord par l'obligation pour le réseau de la santé d'offrir des services répondant à la demande, qui augmente chaque année, et par le besoin de rapprocher les services du lieu de résidence des citoyens afin de réduire les longues distances à parcourir pour recevoir les traitements. Plusieurs centres de dialyse fonctionnent actuellement à quasi ou à pleine capacité et ne peuvent plus accueillir de nouveaux patients.

D'ici cinq ans, on peut prévoir une augmentation annuelle variant de 230 à 380 personnes selon que l'on retient le scénario d'une augmentation annuelle de 5,1 % ou celui d'une augmentation annuelle de 8,1 %. L'augmentation annuelle moyenne pourrait se situer autour de 200 nouvelles personnes en hémodialyse. En conséquence, il faudra ajouter une cinquantaine d'appareils d'hémodialyse et des plages horaires pour répondre aux besoins. Le nombre de professionnels (infirmières, nutritionnistes, travailleurs sociaux et pharmaciens) qui suivent les personnes en dialyse (hémodialyse et dialyse péritonéale) et celles aux stades IV et V de la maladie mais pas encore en dialyse devra aussi être accru.

Des appareils et des plages horaires supplémentaires (environ 12 000) s'avèrent aussi nécessaires pour les centres hospitaliers avec une mission régionale et les établissements des RUIS afin qu'ils puissent accueillir des personnes provenant de centres satellites ou externes ou encore de leur domicile.

Le tableau suivant présente l'organisation, les développements ou la consolidation à effectuer à partir de la hiérarchisation des services proposés. La localisation des centres satellites et des services externes est mentionnée à titre indicatif. Les décisions définitives à cet effet devront être prises à la suite d'une analyse cas par cas et en concertation avec les agences de la santé et des services sociaux de chacune des régions.

Tableau 16  
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<sup>44</sup>

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 <sup>45</sup>	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

<sup>44</sup> En rouge : développements à effectuer. En vert : consolidation de services existants.

<sup>45</sup> 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 CHRDL (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) <sup>46*</sup> 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)

<sup>46</sup> \*Incluant le rapatriement du 450.

Données en date du mois de novembre 2006

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)
		Montérégie	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 <sup>47</sup>	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)

<sup>47</sup> 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	CSSS Rimouski-Neigette (CH Régional de Rimouski) <sup>48</sup> (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	CSSS 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)		CSSS Thetford (Accroissement de la capacité d'accueil à déterminer)

<sup>48</sup> 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.

### 3.3 *LES MÉCANISMES D'ASSURANCE QUALITÉ*

Il n'existe pas, au Québec, de démarche structurée d'assurance qualité dans le domaine de la suppléance rénale. Des mécanismes d'assurance qualité doivent être développés et mis en place afin que les services soient sécuritaires et rencontrent des normes équivalentes dans tous les services de suppléance rénale.

Les quatre composantes de la qualité sont :

- la réponse aux besoins,
- la compétence du milieu,
- l'approche centrée sur le client et
- le milieu de travail.

Des travaux à cet effet pourront éventuellement être entrepris avec un organisme d'agrément reconnu. Un lien sera aussi établi avec le comité consultatif sur les maladies chroniques de cet organisme pour les services au niveau local.

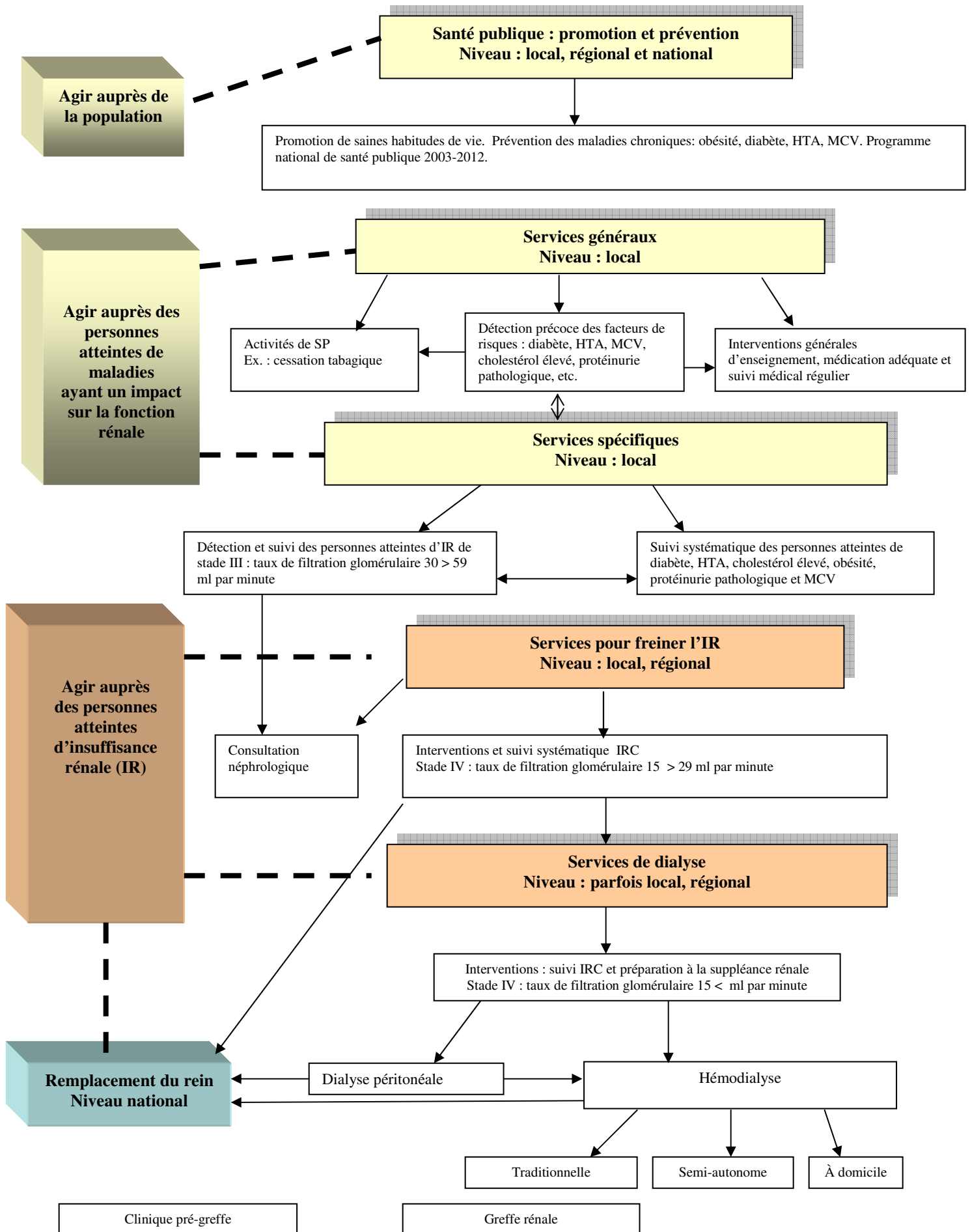
## LA LISTE DES RECOMMANDATIONS

### Hiérarchisation des services

<b>RECOMMANDATION 1</b>
-------------------------

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 :
--

**SCHEMA 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 elles-mêmes leurs traitements.

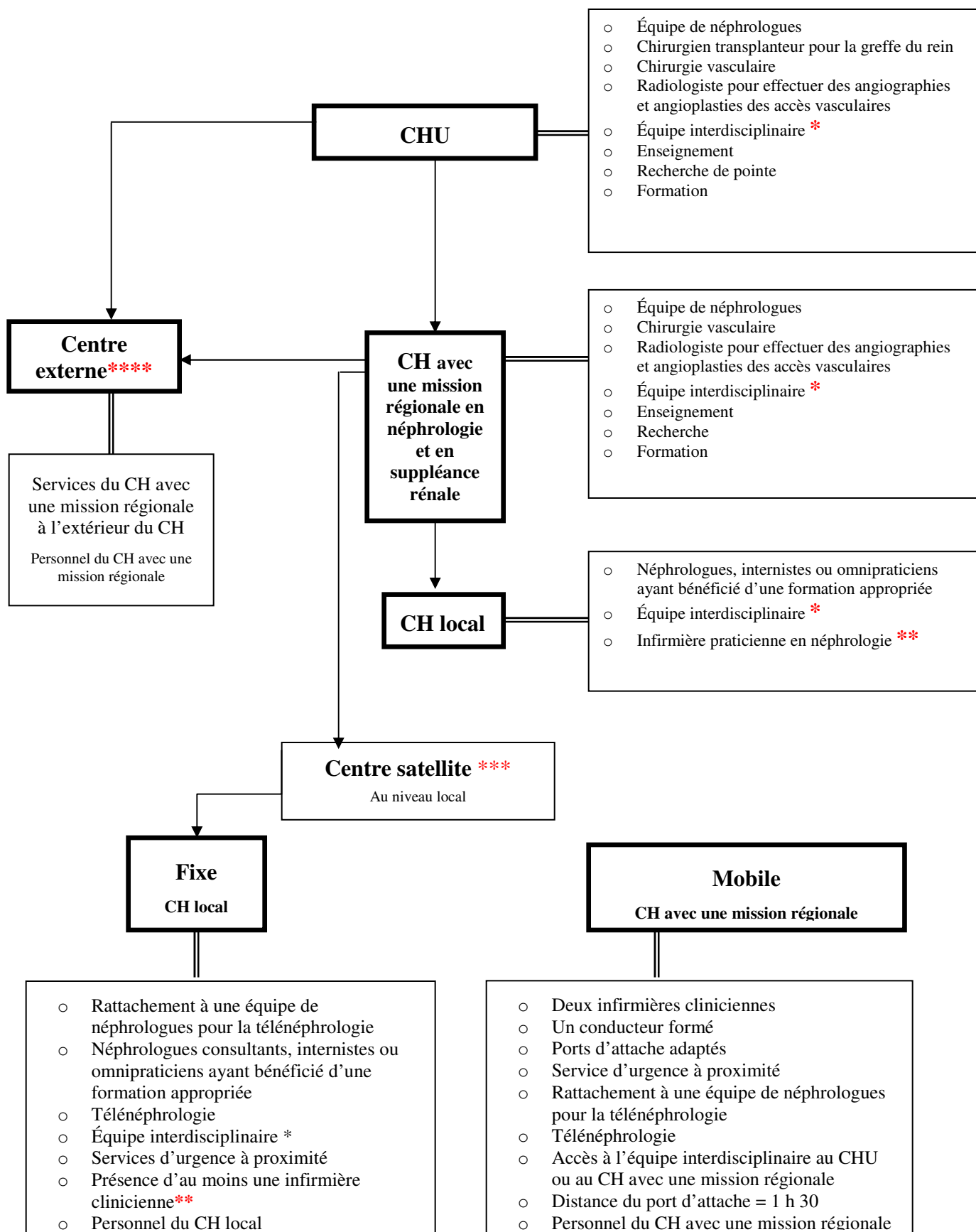
**En centre de dialyse, en CH local, en CH avec une mission régionale en néphrologie ou en suppléance rénale ou en CH faisant partie du RUIS**

**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 (CHRDL)
Laurentides	CSSS Rivière du Nord/Nord de Mirabel (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)
Montérégie	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

#### Les responsabilités des RUIS

8.1 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) Montérégie (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 Montérégie (partie)
RUIS de l'Université McGill	Centre universitaire de santé McGill (CUSM)	Montréal (partie) Outaouais Abitibi-Témiscamingue Nord-du-Québec Montérégie (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.

#### RECOMMANDATION 9

##### Autres recommandations

- 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.

## RÉFÉRENCES

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC, *Programme de dialyse, comparaisons interhospitalières*, Rapport et documentations fournis par les établissements visités, avril 2005, 35 p.

BERNIER, Sylvie, et Hervé GENEST, *Hiérarchisation des services médicaux de type hospitalier*, DOSMEC, Ministère de la Santé et des Services sociaux, septembre 2003, 6 p.

BLAGG, Christopher, et R.M. LINDSAY, « The London Daily/Nocturnal Hemodialysis Study », *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 42, n° 1, suppl., 1<sup>er</sup> juillet 2003, p. 51 à 570.

BRITISH RENAL SOCIETY, *The renal team a multi-professionnal renal workforce plan for adults and children with renal disease, Recommendations of the National Renal Workforce Planning Group*, 2002, 99 p.

BRUNELLE, Yvon, et Nicole GAUTHIER, *À propos des missions hospitalières régionales : premier rapport du groupe de travail*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, DGSSMU, Direction de l'organisation des services médicaux et technologiques, 4 novembre 2005, 45 p.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS, *Enquête nationale schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique, Volet patient*, Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, Direction des risques maladie, France, octobre 2005, 90 p.

CANADIAN HYPERTENSION EDUCATION PROGRAM RECOMMENDATIONS, 2006.

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION. *Recommandations sur la prise en charge et le traitement de la dyslipidémie*, *Canadian Medical Association Journal*, 2000, 162(10) : 1441-7.

CANADIAN SOCIETY OF NEPHROLOGY, *Position Paper on Care and Referral of Patients with Reduced Kidney Function*, version provisoire du 10 avril 2006, en discussion pour adoption en mai 2006.

COMITÉ DE TRAVAIL POUR L'ORGANISATION DES SERVICES DE DIALYSE, *Revue de modèles d'organisation de service, CHUM 2010*, Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM), janvier 2006, 41 p.

COMITÉ SUR LE DÉVELOPPEMENT DU PROGRAMME DE NÉPHROLOGIE, *Programme intégré de soins et de services aux personnes atteintes d'une insuffisance rénale chronique*, Comité sur le développement du programme de néphrologie, Centre hospitalier universitaire de Québec, février 2003, 42 p.

CORPORATION D'HÉBERGEMENT DU QUÉBEC, *Répertoire des normes et procédures, Dialyse rénale*, Corporation d'hébergement du Québec, Direction de l'expertise technique, vol. 4, ch. 5, section 12, 15 juillet 2004, 19 p.

ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE DE NÉPHROLOGIE, *Programme PRÉV.O.I.R.*, Centre hospitalier universitaire de Québec, août 2000, 33 p.

JONES, C. « The cost of home nocturnal hemodialysis in Ontario, Canada », *Nephrology news and Issues*, février 2002, p. 29-30.

LEHOUX, P. *et al.*, *Évaluation des unités satellites et mobiles d'hémodialyse, rapport synthèse*, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, février 2004, p. 10.

LEHOUX, P. *et al.*, *Évaluation des unités satellites et mobiles d'hémodialyse*, rapport du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, août 2004, p. 111.

MEDACTUEL FMC, *Réactions aux nouvelles lignes directrices de l'Association canadienne du diabète*, vol. 4, n° 8, 14 avril 2004, p. 5-7.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Fichiers AS-478, données statistiques au 31 mars pour les années 2000, 2003, 2004 et 2005*.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La dialyse et son organisation*, vol. 1, Québec, 1995, 97 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Problème de vie et distribution géographique des personnes dialysées, résultats de l'enquête 1992-1993*, vol. 2, Québec, 1995, 203 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Gestion et suivi de la dialyse rénale*, vol. 2, Québec, 1995, 203 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, 2003, p. 46.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Harmonisation des termes à partir du concept de lignes de services*, document approuvé par le CODIR, janvier 2004, 13 p.

REGISTRE CANADIEN DES INSUFFISANCES ET DES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES, *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada*, rapport annuel de 2006, 142 p.

REGISTRE CANADIEN DES INSUFFISANCES ET DES TRANSPLANTATIONS D'ORGANES, *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada de 1996 à 2005*, rapport annuel de 2007, 206 p.

RIVET, Laurence, *Orientations concernant l'organisation des services pour les personnes atteintes d'insuffisance rénale*, Ministère de la Santé et des Services sociaux, document approuvé par le CODIR, décembre 2004, 12 p.



## **ANNEXE 1**

### **L'ATTEINTE DES OBJECTIFS FIXÉS EN 1995**

Tableau 1.1

Objectifs fixés en 1995	Commentaires sur l'atteinte des objectifs en 2005
L'augmentation nette annuelle des personnes dialysées doit être inférieure à 5 % au cours des douze prochaines années.	En dix 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.
D'ici l'an 2000, augmenter à 50 % la proportion des personnes dialysées qui bénéficient d'un mode de traitement autonome.	En mars 2005, 2 963 personnes utilisent l'hémodialyse traditionnelle comme mode de suppléance rénale et 1 120 personnes utilisent un mode de suppléance rénale plus autonome (hémodialyse semi-autonome, hémodialyse à domicile et dialyse péritonéale), ce qui représente 27,43 % des personnes en dialyse.
D'ici l'an 2000, toutes les régions du Québec doivent atteindre une autosuffisance supérieure à 80 %.	L'autonomie régionale à 80 % est atteinte dans toutes les régions sauf celles de la Côte-Nord, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et du Nunavik qui n'ont pas de services de dialyse sur leur territoire.
D'ici deux ans, offrir à toutes les personnes dialysées un support équitable pour le transport, les médicaments et les services psychosociaux.	Le régime public d'assurance médicaments est venu supporter les personnes en dialyse. La question du transport demeure problématique sur le plan de la compensation des frais de transport et de l'organisation des services. Le suivi psychosocial s'est accru, mais il demande souvent à être amélioré et maintenu.
D'ici deux ans, qu'une planification des services de suppléance rénale permettant d'atteindre les objectifs précédents et de desservir la clientèle pour les douze prochaines années soit effectuée par les agences de la santé et des services sociaux <sup>49</sup> .	La plupart des régions ont planifié les services de dialyse. Cet exercice est cependant périodiquement à reprendre et il est à faire dans les régions qui n'ont pas de services de dialyse.

<sup>49</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, *La dialyse et son organisation*, volume 1, Québec, 1995, 97 p.

## **ANNEXE 2**

### **TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES DE L'ÉVOLUTION DE LA CLIENTÈLE**

Tableau 2.1  
Évolution du nombre de personnes en dialyse au Québec  
selon la modalité de traitement<sup>50</sup>

Année	Nombre de personnes	Augmentation (Nombre de personnes additionnelles par rapport à l'année précédente)	Augmentation par rapport à l'année précédente (en %)
<b>Hémodialyse</b>			
1992	1 225	–	–
1993	1 361	136	11,10 %
1994	1 481	120	8,82 %
<b>1995</b>	<b>1 602</b>	121	8,17 %
1996	1 737	135	8,43 %
1997	1 970	233	13,41 %
1998	2 231	261	13,25 %
1999	2 409	178	7,98 %
2000	<b>2 531</b>	122	5,06 %
2001	2 761	230	9,09 %
2002	2 914	153	5,54 %
2003	3 029	115	3,95 %
2004	3 177	148	4,89 %
<b>2005</b>	3 442	265	8,34 %
<b>Augmentation en 10 ans, de 1995 à 2005 (en %)</b>			<b>114,86 %</b>
<b>Augmentation en 5 ans, de 2000 à 2005 (en %)</b>			<b>35,99 %</b>
<b>Dialyse péritonéale</b>			
1992	530	–	–
1993	602	72	13,58 %
1994	692	90	14,95 %
<b>1995</b>	<b>665</b>	-27	-3,90 %
1996	707	42	6,32 %
1997	861	154	21,78 %
1998	809	-52	-6,04 %
1999	722	-87	-10,75 %
2000	<b>723</b>	1	0,14 %
2001	653	-70	-9,68 %
2002	648	-5	-0,77 %
2003	609	-39	-6,02 %
2004	569	-40	-6,57 %
<b>2005</b>	641	72	12,65 %
<b>Augmentation en 10 ans, de 1995 à 2005 (en %)</b>			<b>-3,61 %</b>
<b>Augmentation en 5 ans, de 2000 à 2005 (en %)</b>			<b>-11,34 %</b>
<b>Total</b>			
1992	1 755	–	–
1993	1 963	208	11,85 %
1994	2 173	210	10,70 %
<b>1995</b>	<b>2 267</b>	94	4,33 %
1996	2 444	177	7,81 %
1997	2 831	387	15,83 %
1998	3 040	209	7,38 %
1999	3 131	91	2,99 %
2000	<b>3 254</b>	123	3,93 %
2001	3 414	160	4,92 %
2002	3 562	148	4,34 %
2003	3 638	76	2,13 %
2004	3 746	108	2,97 %
<b>2005</b>	4 083	337	9,00 %
<b>Augmentation en 10 ans, de 1995 à 2005 (en %)</b>			<b>80,11 %</b>
<b>Augmentation en 5 ans, de 2000 à 2005 (en %)</b>			<b>25,48 %</b>

<sup>50</sup> Données extraites du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, tableau 1 du rapport de chacune des années 1992 à 1999. Données du MSSS AS-478, pour 2000, 2002, 2003, 2004 et 2005.

Tableau 2.2  
Évolution de la clientèle en hémodialyse  
(2000-2005)

	Rég.	Mars 2000				Mars 2003				Septembre 2003				Mars 2004				Mars 2005					
		Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total
		A	B		C	D	E		F	G	H		I	J	K	L	N	O=J+K+L+N	P	Q	R	T	U=P+Q+R+T
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	1	26	2	0	28	32	2	0	34	30	2	0	32	31	2	0	0	33	29	2	0	0	31
CSSS DE CHICOUTIMI (Complexe hospitalier de la Sagamie)	2	58	0	0	58	56	0	0	56	59	0	0	59	67	0	0	0	67	64	0	0	0	64
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)	3	196	46	21	263	190	44	21	255	188	38	21	247	171	48	12	11	242	192	57	10	14	273
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	4	111	10	0	121	130	3	0	133	127	2	0	129	126	3	0	0	129	145	3	0	0	148
CSSS DE DRUMMOND (CH Sainte-Croix de Drummondville)	4	0	0	0	0	20	0	0	20	24	0	0	24	23	0	0	0	23	35	0	0	0	35
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE (Hôtel-Dieu d'Athabaska)	4	0	0	0	0	13	0	0	13	17	0	0	17	21	0	0	0	21	27	0	0	0	27
<b>RÉGION 4</b>	<b>4</b>	<b>111</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>121</b>	<b>163</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>166</b>	<b>168</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>170</b>	<b>170</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>173</b>	<b>207</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>210</b>
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	5	107	7	0	114	149	4	0	153	148	4	0	152	133	3	2	0	138	110	11	15	0	136
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (CH de Verdun)	6	85	0	0	85	92	0	0	92	110	0	0	110	109	0	0	0	109	114	0	0	0	114
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	6	203	75	25	303	216	71	25	312	237	74	25	336	224	78	18	0	320	252	85	19	0	356
CSSS OUEST DE L'ÎLE (Hôpital général Lakeshore)	6	35	0	0	35	54	0	0	54	56	0	0	56	60	2	0	0	62	62	0	0	0	62
L'HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	6	21	0	0	21	7	0	0	7	6	0	0	6	Inclus dans les données du CUSM									
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	6	136	0	0	136	132	10	0	142	133	12	0	145	132	24	0	0	156	129	24	0	0	153
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	6	245	14	3	262	237	33	3	273	243	29	3	275	301	0	3	0	304	290	0	2	0	292
HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	6	79	0	0	79	94	0	0	94	96	0	0	96	87	0	0	0	87	89	0	0	0	89
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	6	5	0	0	5	8	0	0	8	8	0	0	8	10	0	0	0	10	5	0	0	0	5

	Rég.	Mars 2000				Mars 2003				Septembre 2003				Mars 2004				Mars 2005					
		Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total
		A	B		C	D	E		F	G	H		I	J	K	L	N	O=J+K+L+N	P	Q	R	T	U=P+Q+R+T
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	6	51	9	0	60	63	7	0	70	65	8	0	73	60	7	0	0	67	63	5	0	0	68
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	6	218	22	3	243	286	25	3	314	297	26	3	326	295	26	6	0	327	300	27	5	0	332
<b>RÉGION 6</b>	<b>6</b>	<b>1 078</b>	<b>120</b>	<b>31</b>	<b>1 229</b>	<b>1 189</b>	<b>146</b>	<b>31</b>	<b>1 366</b>	<b>1 251</b>	<b>149</b>	<b>31</b>	<b>1 431</b>	<b>1 278</b>	<b>137</b>	<b>27</b>	<b>0</b>	<b>1 442</b>	<b>1 304</b>	<b>141</b>	<b>26</b>	<b>0</b>	<b>1 471</b>
<b>CSSS DE GATINEAU (Pavillon de Hull)</b>	<b>7</b>	<b>86</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>89</b>	<b>106</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>123</b>	<b>115</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>130</b>	<b>125</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>139</b>	<b>131</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>150</b>
CSSS DE LA VALLÉE DE L'OR (Val d'Or)	8	28	5	0	33	27	3	0	30	23	3	0	26	34	4	0	0	38	31	0	0	0	31
CSSS ROUYN-NORANDA	8	0	19	0	19	29	0	0	29	24	0	0	24	21	1	0	0	22	25	0	0	0	25
CSSS AURORES BORÉALES (La Sarre)	8	0	0	0	0	0	3	0	3	10	0	0	10	6	1	0	0	7	16	0	0	0	16
<b>RÉGION 8</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>56</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>62</b>	<b>57</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>60</b>	<b>61</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>67</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>72</b>
<b>RÉGION 9</b>	<b>9</b>	<b>Aucun service dans la région</b>																					
<b>CRSSS BAIE-JAMES</b>	<b>10</b>	<b>Aucune réponse</b>				<b>8</b>	<b>0</b>		<b>8</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>13</b>
<b>RÉGION 11</b>	<b>11</b>	<b>Aucun service dans la région</b>																					
CSSS DE THETFORD (CH de la région de l'Amiante)	12	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	0	16	8	9	0	0	17	7	6	0	0	13
HÔTEL DIEU DE LÉVIS	12	0	0	0	0	29	2	0	31	34	2	0	36	36	0	0	0	36	42	0	0	0	42
<b>RÉGION 12</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>47</b>	<b>34</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>52</b>	<b>44</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>53</b>	<b>49</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>55</b>
<b>CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)</b>	<b>13</b>	<b>86</b>	<b>36</b>	<b>0</b>	<b>122</b>	<b>104</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>148</b>	<b>109</b>	<b>44</b>	<b>0</b>	<b>153</b>	<b>106</b>	<b>43</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>150</b>	<b>127</b>	<b>41</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>169</b>
CSSS SUD DE LANAUDIÈRE (CH Pierre Le Gardeur)	14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	0	0	0	37
CSSS NORD DE LANAUDIÈRE (CHR de Lanaudière)	14	51	13	0	64	87	0	0	87	84	0	0	84	84	7	0	0	91	70	6	0	0	76

	Rég.	Mars 2000				Mars 2003				Septembre 2003				Mars 2004				Mars 2005					
		Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total	Hosp.	S-A	HD	UM	Total
		A	B		C	D	E		F	G	H		I	J	K	L	N	O=J+K+L+N	P	Q	R	T	U=P+Q+R+T
<b>RÉGION 14</b>	<b>14</b>	<b>51</b>	<b>13</b>	<b>0</b>	<b>64</b>	<b>87</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>87</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>91</b>	<b>107</b>	<b>6</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>113</b>
<b>CSSS RIVIÈRE DU NORD/NORD DE MIRABEL (Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme)</b>	<b>15</b>	<b>84</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>84</b>	<b>109</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>109</b>	<b>119</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>119</b>	<b>110</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>128</b>	<b>189</b>	<b>53</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>242</b>
CSSS RICHELIEU-YAMASKA (Réseau de santé Richelieu-Yamaska, Saint-Hyacinthe)	16	0	11	0	11	0	12	0	12	0	13	0	13	0	14	0	0	14	0	16	0	0	16
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	16	103	24	0	127	152	23	0	175	147	31	0	178	149	41	0	0	190	149	47	0	0	196
CSSS DU SUROÏT (CHR du Suroît Valleyfield)	16	0	18	0	18	23	9	0	32	27	10	0	37	34	10	0	0	44	35	11	0	0	46
CSSS SOREL-TRACY (CH Hôtel-Dieu de Sorel)	16	33	4	0	37	42	8	0	50	41	7	0	48	43	6	0	0	49	40	4	0	0	44
CSSS DU HAUT-RICHELIEU (Hôpital du Haut-Richelieu) (Saint-Jean-sur-Richelieu)	16	60	13	0	73	82	13	0	95	77	11	0	88	74	14	0	0	88	78	10	0	0	88
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA (CH de Granby)	16	20	0	0	20	40	0	0	40	40	0	0	40	39	0	0	0	39	38	0	0	0	38
<b>RÉGION 16</b>	<b>16</b>	<b>216</b>	<b>70</b>	<b>0</b>	<b>286</b>	<b>339</b>	<b>65</b>	<b>0</b>	<b>404</b>	<b>332</b>	<b>72</b>	<b>0</b>	<b>404</b>	<b>339</b>	<b>85</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>424</b>	<b>340</b>	<b>88</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>428</b>
<b>NUNAVIK</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>										
<b>TERRES-CRIES</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>	<b>15</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>TOTAL</b>		<b>2 132</b>	<b>347</b>	<b>52</b>	<b>2 531</b>	<b>2 628</b>	<b>349</b>	<b>52</b>	<b>3 029</b>	<b>2 717</b>	<b>347</b>	<b>52</b>	<b>3 116</b>	<b>2 749</b>	<b>375</b>	<b>42</b>	<b>11</b>	<b>3 177</b>	<b>2 949</b>	<b>427</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>3 442</b>

Tableau 2.3  
Évolution de la clientèle en dialyse péritonéale (2000-2005)

	Rég.	Mars 2000	Mars 2003	Sept. 2003	Mars 2004	Mars 2005
		P	Q	R	S	V
<b>CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>23</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>29</b>
<b>CSSS DE CHICOUTIMI (Complexe hospitalier de la Sagamie)</b>	<b>2</b>	<b>34</b>	<b>20</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>27</b>
<b>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC (Hôtel-Dieu)</b>	<b>3</b>	<b>119</b>	<b>75</b>	<b>73</b>	<b>71</b>	<b>81</b>
CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	4	20	30	30	29	27
CSSS DE DRUMMOND (CH Sainte-Croix de Drummondville)	4	0	0	0		0
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE (Hôtel-Dieu d'Athabaska)	4	0	0	0	0	0
<b>RÉGION 4</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>29</b>	<b>27</b>
<b>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE</b>	<b>5</b>	<b>70</b>	<b>54</b>	<b>61</b>	<b>52</b>	<b>45</b>
CSSS DU SUD-OUEST-VERDUN (CH de Verdun)	6	17	12	12	12	16
CENTRE HOSPITALIER DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	6	70	59	52	50	44
CSSS OUEST DE L'ÎLE (Hôpital général Lakeshore)	6	0	0	0	0	0
HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS	6	24	6	3	0	
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MONTRÉAL	6					28
CENTRE UNIVERSITAIRE DE SANTÉ MCGILL	6	29	31	31	30	61
L'HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF SIR MORTIMER B. DAVIS	6	47	51	53	45	39
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	6	9	3	2	4	6
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	6	19	24	19	10	12
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	6	72	51	42	42	37
<b>RÉGION 6</b>	<b>6</b>	<b>287</b>	<b>237</b>	<b>214</b>	<b>193</b>	<b>243</b>
<b>CSSS DE GATINEAU (Pavillon de Hull)</b>	<b>7</b>	<b>19</b>	<b>27</b>	<b>34</b>	<b>39</b>	<b>42</b>
CSSS DE LA VALLÉE DE L'OR (Val d'Or)	8	11	7	9	11	6
CSSS ROUYN-NORANDA	8	5	5	5	11	6
CSSS AURES BORÉALES (La Sarre)	8	6	3	2	3	2
<b>RÉGION 8</b>	<b>8</b>	<b>22</b>	<b>15</b>	<b>16</b>	<b>25</b>	<b>14</b>
<b>RÉGION 9</b>	<b>9</b>					
<b>CRSSS BAIE-JAMES</b>	<b>10</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>RÉGION 11</b>	<b>11</b>					
CSSS DE THETFORD (CH de la région de l'Amiante)	12	0	0	0	0	0
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	12	0	21	22	19	19
<b>RÉGION 12</b>	<b>12</b>	<b>0</b>	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>19</b>	<b>19</b>
<b>CSSS LAVAL (Cité de la santé de Laval et CHARL)</b>	<b>13</b>	<b>45</b>	<b>37</b>	<b>36</b>	<b>35</b>	<b>31</b>
CSSS SUD DE LANAUDIÈRE (CH Pierre Le Gardeur)	14					0
CSSS NORD DE LANAUDIÈRE (CHR de Lanaudière)	14	15	8	5	3	7
<b>RÉGION 14</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>7</b>
<b>CSSS RIVIÈRE DU NORD/NORD DE MIRABEL (Hôtel-Dieu de St-Jérôme)</b>	<b>15</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	<b>27</b>
CSSS RICHELIEU YAMASKA (Réseau de santé Richelieu-Yamaska Saint-Hyacinthe)	16	6	3	3	2	3
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	16	21	25	21	21	26
CSSS DU SUROÏT (CHR du Suroît Valleyfield)	16	16	12	14	14	12
CSSS SOREL-TRACY (CH Hôtel-Dieu de Sorel)	16	1	0	0	0	0
CSSS DU HAUT-RICHELIEU (Hôpital du Haut-Richelieu) (Saint-Jean-sur-Richelieu)	16	11	8	7	4	8
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA (CH de Granby)	16	0	0	0	0	0
<b>RÉGION 16</b>	<b>16</b>	<b>55</b>	<b>48</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>49</b>
<b>NUNAVIK</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>
<b>TERRES-CRIES</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>		<b>723</b>	<b>609</b>	<b>599</b>	<b>569</b>	<b>641</b>

### **ANNEXE 3**

#### **TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES SUR LA RÉGION DE RÉSIDENCE DES PERSONNES EN DIALYSE**

Tableau 3.1  
Répartition des personnes en hémodialyse traditionnelle selon leur région de résidence  
et l'établissement de traitements  
(données au 31 mars 2005)

Nom de l'établissement	Région de résidence																			Total	Pts temps. partiel	Pts rég.
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20			
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	29	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	31	2	29
CSSS DE CHICOUTIMI	0	64	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	64	0	64
CH UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC	2	0	163	2	1	0	0	1	3	0	1	29	0	0	0	0	0	0	1	203	11	192
CH RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	0	0	0	145	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	145	0	145
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE	0	0	0	26	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28	1	27
CSSS DRUMMOND	0	0	0	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	35
CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	0	0	0	4	105	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	110	0	110
CH UNIVERSITAIRE SANTÉ MCGILL	1	0	1	0	0	224	0	0	0	0	0	0	16	5	2	39	0	4	2	294	4	290
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	0	0	0	0	0	59	0	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	7	70	7	63
CH UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	0	0	2	1	1	200	1	0	0	0	0	0	3	7	3	39	0	0	1	258	6	252
CSSS DE L'OUEST DE L'ÎLE	0	0	0	0	0	52	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	62	0	62
CSSS VERDUN/ST-PAUL/ST-HENRI	0	0	0	0	0	114	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	114	0	114
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MTL	0	0	0	0	0	72	0	0	0	0	0	0	44	0	13	0	0	0	0	129	0	129
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	0	0	0	273	0	0	0	0	0	0	5	10	4	8	0	0	0	300	0	300
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	5	0	5
HÔPITAL SIR MORTIMER B. DAVIS	0	0	3	0	0	81	0	0	0	0	0	0	6	0	0	2	0	0	0	92	3	89
CSSS DE GATINEAU	0	0	0	0	0	0	131	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	131	0	131
CSSS AURES BORÉALES	0	0	0	0	0	0	0	14	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	16
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	0	0	0	0	0	0	1	29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	31	0	31
CSSS DE ROUYN-NORANDA	0	0	0	0	1	2	0	25	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	31	6	25
CRSSS BAIE-JAMES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13

Nom de l'établissement	Région de résidence																				Total	Pts temps. partiel	Pts rég.
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20				
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7	0	7	
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	42	0	42	
CSSS DE LAVAL	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	96	10	17	0	0	0	0	127	0	127	
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	70	0	0	0	0	0	70	0	70	
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	37	0	0	0	0	0	37	0	37	
CSSS RIV.-DU-NORD/NORD-MIRABEL	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	3	13	171	0	0	0	2	193	4	189	
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	38	0	0	0	38	0	38	
CSSS DE SOREL-TRACY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	40	0	0	0	40	0	40	
CSSS DU SUROÏT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35	0	0	0	35	0	35	
CSSS HAUT RICHELIEU/ROUVILLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	78	0	0	0	78	0	78	
CSSS RICHELIEU-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	149	0	0	0	149	0	149	
<b>TOTAL</b>	<b>32</b>	<b>64</b>	<b>170</b>	<b>213</b>	<b>110</b>	<b>1 085</b>	<b>133</b>	<b>71</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>78</b>	<b>177</b>	<b>154</b>	<b>210</b>	<b>442</b>	<b>0</b>	<b>5</b>	<b>14</b>	<b>2 978</b>	<b>44</b>	<b>2 934</b>	

Tableau 3.2  
Répartition des personnes en hémodialyse semi-autonome selon leur région de résidence  
et l'établissement de traitements  
(données au 31 mars 2005)

Nom de l'établissement	Région de résidence																			Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
CSSS DE CHICOUTIMI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CH UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC	0	0	54	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	57
CH RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DRUMMOND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
CENTRE UNIVERSITAIRE SANTÉ MCGILL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
CH UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	0	0	0	0	0	57	0	0	0	0	0	0	1	3	2	21	0	0	0	85
CSSS DE L'OUEST DE L'ÎLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS VERDUN/ST-PAUL/ST-HENRI	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MTL.	0	0	0	0	0	17	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	24
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	0	0	0	24	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	27
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L'HÔPITAL SIR MORTIMER B. DAVIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE GATINEAU	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19
CSSS AURORES-BORÉALES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE LA VALLÉE-DE-L'OR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE ROUYN-NORANDA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRSSS BAIE-JAMES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	6
HÔTEL-DIEU DE LÉVIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nom de l'établissement	Région de résidence																			Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	
CSSS DE LAVAL	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	23	5	11	0	0	0	0	41
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	6
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS RIV.-DU-NORD/NORD-MIRABEL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	46	0	0	0	0	53
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE SOREL-TRACY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4
CSSS DU SUROÛT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	11
CSSS HAUT RICHELIEU/ROUVILLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0	10
CSSS RICHELIEU-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	16
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	46	0	0	0	47
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>54</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>106</b>	<b>19</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>26</b>	<b>21</b>	<b>65</b>	<b>110</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>427</b>

Tableau 3.3  
Répartition des personnes en hémodialyse à domicile selon leur région de résidence  
et l'établissement de traitements  
(données au 31 mars 2005)

Nom de l'établissement	Région de résidence																			Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20	
CH UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	10
CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	0	0	0	0	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15
CENTRE UNIVERSITAIRE SANTÉ MCGILL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2
CH UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	0	0	0	1	3	4	0	0	0	0	0	0	1	2	1	7	0	0	0	19
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	5
CSSS DE LAVAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>52</b>

Tableau 3.4  
Répartition des personnes en dialyse péritonéale selon leur région de résidence  
et l'établissement de traitements  
(données au 31 mars 2005)

Nom de l'établissement	Région de résidence																				Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20		
CSSS RIMOUSKI-NEIGETTE (CH régional de Rimouski)	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0	0	0	0	0	0	29	
CSSS DE CHICOUTIMI	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
CH UNIVERSITAIRE DE QUÉBEC	4	0	45	1	0	0	0	0	21	0	4	6	0	0	0	0	0	0	0	81	
CH RÉGIONAL DE TROIS-RIVIÈRES	0	0	0	27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	27	
CSSS D'ARTHABASKA-ÉRABLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CSSS DRUMMOND	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CH UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE	0	0	0	4	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	45	
CENTRE UNIVERSITAIRE SANTÉ MCGILL	0	2	2	0	1	37	0	0	0	1	0	3	4	0	2	9	0	0	0	61	
CENTRE HOSPITALIER DE ST. MARY	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	
CH UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL	0	0	0	0	0	31	0	0	0	0	0	0	4	1	2	6	0	0	0	44	
CSSS DE L'OUEST DE L'ÎLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CSSS VERDUN/ST-PAUL/ST-HENRI	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16	
HÔPITAL DU SACRÉ-COEUR DE MTL	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0	0	0	6	0	6	0	0	0	0	28	
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT	0	0	0	0	0	27	0	0	0	0	1	0	0	4	0	5	0	0	0	37	
HÔPITAL SAINTE-JUSTINE	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	6	
L'HÔPITAL SIR MORTIMER B. DAVIS	0	0	0	0	32	0	0	0	0	0	0	0	4	0	1	2	0	0	0	39	
CSSS DE GATINEAU	0	0	0	0	0	0	42	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	42	
CSSS AURORES-BORÉALES	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	
CSSS DE LA VALLEE-DE-L'OR	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	
CSSS DE ROUYN-NORANDA	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	
CRSSS BAIE-JAMES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
CSSS DE LA RÉGION DE THETFORD	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
HOTEL-DIEU DE LÉVIS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0	0	19	
CSSS DE LAVAL	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	16	5	7	0	0	0	0	31	

Nom de l'établissement	Région de résidence																			Total	
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	20		
CSSS DU NORD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	7
CSSS DU SUD DE LANAUDIÈRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS RIV.-DU-NORD/NORD-MIRABEL	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	24	0	0	0	0	0	27
CSSS DE LA HAUTE-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DE SOREL-TRACY	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CSSS DU SUROÛT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	12
CSSS HAUT-RICHELIEU/ROUVILLE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	8
CSSS RICHELIEU-YAMASKA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	3
HÔPITAL CHARLES LEMOYNE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	26	0	0	0	0	26
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>29</b>	<b>47</b>	<b>33</b>	<b>68</b>	<b>139</b>	<b>42</b>	<b>10</b>	<b>21</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>28</b>	<b>36</b>	<b>20</b>	<b>43</b>	<b>82</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>641</b>	

#### **ANNEXE 4**

### **LE NOMBRE DE JOURS DE STAGE EFFECTUÉS EN 2003-2004 PAR LES RÉSIDENTS SELON LES MILIEUX DE STAGE**

Tableau 4.1

Nombre de jours de stage effectués en 2003-2004  
par les résidents du programme de néphrologie  
selon le milieu de stage

Faculté de médecine	Milieus de stage	Jours de stage	Équivalent résident (jours / 365)
U Laval	CHUQ	607	1,7
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	27	0,1
	Autres	81	0,2
Sous-total U Laval		715	2,0
U McGill	CUSM	1 572	4,3
	CUSM et Hôpital général juif Sir. M.B. Davis	353	1,0
Sous-total U McGill		1 925	5,3
U Montréal	CHUM	1 258	3,4
	Maison-Rosemont, Mtl	796	2,2
	Maison-Rosemont, Mtl et Sacré-Coeur, Mtl	164	0,4
	Hôpital Sacré-Coeur, Mtl	550	1,5
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	138	0,4
Sous-total U -Montréal		2 906	8,0
U Sherbrooke	CHUM	188	0,5
	CHUS	598	1,6
	Hôpital Sacré-Coeur, Mtl	54	0,1
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	54	0,1
	Autres	27	0,1
Sous-total U Sherbrooke		921	2,5
<b>Grand total</b>		<b>6 467</b>	<b>17,7</b>

Données extraites des listes de résidents en médecine 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006 du Collège des médecins du Québec

Tableau 4.2

Nombre de jours de stage effectués en 2003-2004  
en néphrologie par les résidents de divers programmes  
selon le milieu de stage

Faculté de médecine	Milieus de stage	Jours de stage
U Laval	CHUQ	607
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	27
Sous-total U Laval		634
U McGill	CUSM	1 572
	CUSM et Hôp. gén. juif Sir Mortimer B. Davis	353
Sous-total U McGill		1 925
U Montréal	CHUM	1 261
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Mtl	826
	Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Mtl et Hôpital Sacré-Coeur, Mtl	164
	Hôpital Sacré-Coeur, Mtl	523
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	138
Sous-total U Montréal		2 912
U Sherbrooke	CHUM	188
	CHUS	844
	Hôpital Sacré-Coeur, Mtl	54
	Hôpital Sainte-Justine, Mtl	54
Sous-total U Sherbrooke		1 140
<b>Grand total</b>		<b>6 611</b>

Données extraites des listes de résidents en médecine 2003-2004, 2004-2005 et 2005-2006 du Collège des médecins du Québec

## **ANNEXE 5**

### **COMPENSATION FINANCIÈRE POUR LES FRAIS DE TRANSPORT ET D'HÉBERGEMENT**

**Tableau 5.1**  
**Comparaison entre différents programmes de compensation financière**

Éléments comparatifs	MESSF Aide de derniers recours	MSSS Transport hébergement extrait de la Politique 1989	MSSS Transport hébergement pour les dialysés enquête 2005 <sup>51</sup>
Coûts par KM parcouru		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 0,29 \$ / km</li> <li>➤ Stationnement</li> <li>➤ &gt; que 50 km aller-retour sauf pour les enfants, les personnes en hémodialyse et les personnes handicapées suivies de façon intensive</li> <li>➤ Taxi coût réel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Variable selon les régions et les établissements</li> <li>➤ De 0,13\$ / km à 0,29\$ / km</li> <li>➤ Stationnement parfois remboursé</li> <li>➤ Paiement du transport adapté</li> <li>➤ Paiement pour des taxis</li> <li>➤ Paiement forfaitaire</li> </ul> Compensation variant de 20 % à 75 % des frais réclamés
Repas		Total 12,75 \$ par jour Déjeuner : 3,75\$ dîner : 4,75 \$ ; souper 4,75 \$	Parfois paiement de repas
Hébergement		De 50 \$ à 60 \$ 16,40 \$ chez un parent	Pas de coucher
Accompagnateur Médicalement requis		Même que usager	Pas d'accompagnateur
Admissibilité	Admissible à la sécurité du revenu	Dernier agent payeur	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Être en traitement d'hémodialyse</li> <li>➤ De façon exceptionnelle, paiement pour les visites en dialyse péritonéale et pour le suivi de greffe</li> <li>➤ Dernier agent payeur</li> <li>➤ Certains établissements et régions ont établi des critères pour tenir compte du revenu des personnes qui demandent une compensation financière</li> </ul>
Agent payeur	Bureaux régionaux, Agent d'aide sociale	Agence régionale ou un établissement mandaté	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Les Agences, les CH, les CLSC ou CSSS</li> <li>➤ Selon le budget disponible</li> </ul>
Liste d'attente	Aucune		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Liste d'attente existe, aucun remboursement</li> <li>➤ Ou remboursement incomplet</li> <li>➤ Budget fermé</li> </ul>

<sup>51</sup> Enquête réalisée en 2005 auprès des responsables régionaux du dossier de la dialyse



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

