

PLAN D'ACTION RÉGIONAL EN SUPPLÉANCE RÉNALE

Groupe de travail suppléance rénale

24 novembre 2011

*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

Auteur

Liliane Thystere, agente de planification, de programmation et de recherche, ASSS de la Montérégie

Sous la responsabilité de Denise Bettez, coordonnatrice à la Direction générale associé à la coordination du programme et du réseau (DGACPR), ASSS de la Montérégie

En collaboration avec le groupe de travail suppléance rénale

Secrétariat et mise en page

Jocelyne Pelchat

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

978-2-89342-534-4 (version imprimée)

978-2-89342-535-1 (PDF)

Reproduction ou téléchargement autorisé à des fins non commerciales avec mention de la source :

Liliane Thystere, agente de planification de programmation et de recherche, Longueuil, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011, nombre de pages p.53

© Tous droits réservés

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2011

Liste des membres du groupe de travail

Anne Smith	ASSSM-DGIC
Caroline Brooks	CSSS Haut-Saint-Laurent
Claudine Pilon	CSSS du Suroît
Danielle Houde	CSSS de la Haute-Yamaska
Denise Bettez	ASSSM-DGACPR
D ^r Gaétan Fillion	CSSS Vaudreuil-Soulanges
D ^r Gérald Désaulniers	CSSS Pierre-De Saurel
D ^r Jean Rodrigue	ASSSM-DAMUPP
D ^r Michel Laurence	CSSS Pierre-Boucher
D ^r Normand Kingsley	CSSS Richelieu-Yamaska
D ^r Sylvain Brunet	CSSS Richelieu-Yamaska
D ^{re} Carole Pichette	CSSS Haut-Richelieu – Rouville
D ^{re} Diane Poirier	CSSS Richelieu-Yamaska
Emma Lapointe	Hôpital Charles LeMoine
Gérard Fortin	CSSS Jardins-Roussillon
Ginette Brunelle	Hôpital Charles LeMoine
Liliane Thystere	ASSSM-DGACPR
Marie-Ève Gadoua	ASSSM-DAMUPP
Patricia Reid	CSSS Haut-Saint-Laurent

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	9
1. ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES	10
2. BILAN DES RÉALISATIONS	11
3. ÉTAT DE SITUATION	15
3.1. Hôpital Charles LeMoynes	15
3.2. CSSS Haut-Richelieu—Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)	15
3.3. CSSS de la Haute-Yamaska (Hôpital de Granby).....	16
3.4. CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît).....	16
3.5. CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel)	17
3.6. CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)	17
3.7. Dialyse aiguë	18
3.8. Transport.....	18
4. IDENTIFICATION DES BESOINS	23
4.1 Besoins actuels.....	23
4.2 Besoins en lien avec le rapatriement.....	24
4.3 Besoins futurs (horizon 2020).....	24
5. PROJETS DE DÉVELOPPEMENT RÉGIONAUX	27
5.1 Programme de dépistage précoce	29
5.2 Consolidation des équipes interdisciplinaires en pré-dialyse	30
5.3 Formation régionale centralisée en néphrologie	31
5.4 Hémodialyse à domicile.....	33
5.5 3 ^e centre externe de dialyse	34
5.6 Projet d'offre de services en suppléance rénale au CSSS Jardins-Roussillon	35
5.7 Clinique pré et post- transplantation rénale.....	37
5.8 Dialyse péritonéale en CHSLD	39
5.9 Croissance rapide au CSSS Richelieu-Yamaska.....	39
5.10 Cibles en dialyse au CSSS Haut-Richelieu—Rouville	40
5.11 Croissance au CSSS du Suroît	40
6. CIBLES À ATTEINDRE ET RECOMMANDATIONS	41
7. DEMANDE DE FINANCEMENT	43
CONCLUSION	45

Liste des tableaux

Tableau 1	Bilan des réalisations	11
Tableau 2	État de situation en Montérégie en février 2011	20
Tableau 3	Remboursement versé aux patients – hémodialyse	21
Tableau 4	Répartition des patients à rapatrier par territoire de CSSS.....	24
Tableau 5	Accroissement de la prévalence des personnes dialysées d’ici à 2020.....	25
Tableau 6	Identification des besoins pour la Montérégie	26
Tableau 7	Équipe interdisciplinaire en pré-dialyse	31
Tableau 8	Estimation des coûts annuels d’un programme de formation régionale..... en néphrologie	32
Tableau 9	Résumé du financement requis pour l’hémodialyse à domicile	33
Tableau 10	Coûts afférents au 3 ^e Centre externe avec une capacité de 15 stations.....	34
Tableau 11	Projection de la population de personnes dialysées au CSSS Jardins-..... Roussillon jusqu’en 2020	36
Tableau 12	Grille de suivi d’un patient suite à une greffe rénale	37
Tableau 13	Clinique post greffe-résumé du budget non récurrent	38
Tableau 14	Clinique post greffe-résumé du budget de fonctionnement	38
Tableau 15	Résumé du financement CSSS Haut-Richelieu-Rouville.....	40
Tableau 16	Demande de financement global requis pour la région	43

Liste des figures et des illustrations

Figure 1	Territoire de la Montérégie et ses RLS.....	28
Figure 2	Schéma du plan d’action en suppléance rénale de la Montérégie.....	44

Liste des annexes

Annexe 1	Provenance des patients par territoire de CSSS	47
Annexe 2	Calcul du nombre de stations requises pour la région.....	49
Annexe 3	Répartition des patients montérégiens dans les hôpitaux de Montréal.....	51

Liste des abréviations et sigles

ASSSM	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CHUS	Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
CICM	Centre intégré de cancer en Montérégie
CSSS	Centre de santé et des services sociaux
DPAC	Dialyse péritonéale ambulatoire continue
DPCC	En dialyse péritonéale continue sur cycleur
HCLM	Hôpital Charles LeMoine
HHR	Hôpital du Haut-Richelieu
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MRC	Maladies rénales chroniques
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PFT	Programme fonctionnel et technique
RLS	Réseaux locaux de services
SCN	Société canadienne de néphrologie
STIR	Stade terminal de l'insuffisance rénale
TRCDMS	Table régionale des chefs de médecine spécialisée

Calendrier des consultations du plan de suppléance rénale

DESCRIPTION	DATE
Approbation du groupe de travail suppléance rénale	Le 22 février 2011
Commission infirmière régionale (CIR)	le 1 ^{er} avril 2011
Table des chefs de médecine spécialisée	le 19 avril 2011
Rencontre des néphrologues	Le 28 avril 2011
Approbation finale au RCA services spécialisés court terme	Le 18 mai 2011
Table des DSPH	Le 20 mai 2011
Table des DSI	Le 10 juin 2011
CCSM	28 octobre 2011
CA	24 novembre 2011

Introduction

Selon un nouveau rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2010), le nombre de Canadiens qui sont au stade terminal de l'insuffisance rénale (STIR) augmente constamment depuis 20 ans, mais leur taux semble maintenant se stabiliser.

C'est chez les groupes d'âge avancé qu'on a observé la plus forte augmentation, la hausse des taux de prévalence étant supérieure à 500 % chez les personnes de 75 ans et plus. Les patients qui font partie de ce groupe d'âge représentent 20 % de tous les cas d'insuffisance rénale.

Or, la Montérégie compte actuellement 1 444 047 (Direction de santé publique de la Montérégie, février 2010) habitants avec une proportion de personnes âgées de plus de 65 ans estimée à 14,4 %, et celle âgée de 75 ans et plus constitue 6 % de la population.

Le rapport de l'ICIS montre également que le taux de personnes atteintes d'insuffisance rénale, qui a connu une hausse soutenue de 1990 à 2000, semble se stabiliser depuis 2005. Cette stabilisation pourrait être en partie attribuable au fait que les patients consultent un néphrologue à un stade précoce de la maladie, ce qui pourrait contribuer à retarder l'évolution vers le stade avancé de l'insuffisance rénale chronique.

En Montérégie, un groupe de travail a été mis en place afin d'élaborer un plan d'action. L'objectif principal est d'améliorer l'accessibilité et la pratique sur une base des données probantes en se fixant des cibles réalistes à atteindre dans les quatre prochaines années.

Parmi les projets préconisés par le groupe de travail, le dépistage précoce et les interventions visant à retarder le plus possible l'entrée en dialyse tiennent une grande place.

1. ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES

De façon générale, les modèles actuels d'organisation des services en suppléance rénale se définissent de la façon suivante (Ministère de la Santé et des Services sociaux 2006) :

- Les centres de dialyse principaux qui bénéficient de la disponibilité d'un néphrologue dans leur établissement, 24 h/jour/7 jours/semaine;
- Les centres dits « *satellites* » qui fonctionnent avec la présence partielle d'un néphrologue et dépendent d'un autre centre de dialyse pour assurer la couverture médicale;
- Les « *centres externes de dialyse* » qui ont cours dans des locaux situés hors de centre hospitalier, mais qui bénéficient du personnel (*néphrologues, infirmières, etc.*) de l'hôpital qui se déplace vers ces locaux.

En Montérégie, nous avons :

Quatre centres de dialyse principaux à savoir :

- ❶ L'Hôpital Charles LeMoine;
- ❷ Le CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel);
- ❸ Le CSSS Haut-Richelieu—Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu);
- ❹ Le CSSS de Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier).

Deux centres dits satellites :

- ❶ Le CSSS de la Haute-Yamaska (Hôpital de Granby) relevant du CSSS Haut-Richelieu-Rouville.
- ❷ Le CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît) relevant du CHUM, pavillon Saint-Luc.

Pour les centres satellites, le personnel médical vient du centre principal dont il relève, tandis que le personnel infirmier, de soutien et cléricale provient de l'établissement.

Deux centres externes :

L'un est situé à Saint-Lambert et l'autre à Greenfield Park et tous les deux relèvent de l'Hôpital Charles LeMoine. Pour les centres externes, le personnel médical et infirmier provient du centre principal dont ils relèvent.

2. BILAN DES RÉALISATIONS

Le bilan des réalisations suite au plan déposé en 2007 au MSSS est présenté dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Bilan des réalisations

OBJECTIFS VISÉS	MOYENS D'ACTION	FINANCEMENT REQUIS		ÉTAT D'AVANCEMENT
		Budget non récurrent	Budget récurrent	
Qu'est-ce que l'on veut faire?	Comment			
1. Libérer des budgets d'appoint pour rehausser le fonctionnement des établissements en difficulté				
	Soutenir les projets de développement déposés à l'Agence par le CSSS Richelieu-Yamaska permettant de desservir 11 usagers en dialyse conventionnelle et 15 usagers en pré-dialyse.		413 320 \$	RÉALISÉ
	Ajouter un budget supplémentaire au CSSS de la Haute-Yamaska pour desservir 2 patients supplémentaires à même les infrastructures existantes.		64 800 \$	RÉALISÉ
	Ajouter un budget supplémentaire au CSSS de Sorel-Tracy lui permettant de consolider ses services		64 800 \$	RÉALISÉ
	Soutenir les projets de développement déposés à l'Agence par le CSSS du Suroît.		240 000 \$	RÉALISÉ
	Suivre jusqu'à 18 usagers supplémentaires en hémodialyse conventionnelle au CSSS du Suroît.	312 000 \$	583 000 \$	RÉALISÉ
	Soutenir les projets de développement déposés à l'Agence par l'Hôpital Charles LeMoyne.	88 000 \$	487 822 \$	RÉALISÉ

OBJECTIFS VISÉS	MOYENS D'ACTION	FINANCEMENT REQUIS		ÉTAT D'AVANCEMENT
		Budget non récurrent	Budget récurrent	
Qu'est-ce que l'on veut faire?	Comment			
2. Développer un programme de dialyse péritonéale en Centre d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD)				
	Projet de la dialyse péritonéale en CHSLD pour 10 usagers.	5 500 \$	176 078 \$	RÉALISÉ pour 1 usager dans le territoire de La Prairie
3. Développer un programme régional d'hémodialyse à domicile				
	Objectif annuel de 10 usagers à terme pour le domicile. L'HCLM a déjà 5 patients à domicile. Le CSSS Haut-Richelieu—Rouville a démontré de l'intérêt pour mettre en place un deuxième projet regroupant un autre pôle (Voir les territoires desservis). Des démarches, dont une prise de contact avec les responsables de ce programme au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), ont déjà été effectuées.	2 750 \$	223 900 \$	En cours En démarche pour la mise en place du programme
SOUS-TOTAL 1 +2 +3		408 250 \$	2 181 720 \$	
4 – Ouverture de centres externes de suppléance rénale dans différents territoires				
	L'ouverture d'un deuxième centre externe relevant de l'HCLM avec un potentiel de 15 stations se justifie dans l'optique de répondre à l'augmentation exponentielle de la demande et de rapatrier progressivement les usagers de Montréal (projet déjà déposé à l'Agence).	2 225 000 \$	1 963 000 \$	RÉALISÉ
	L'ouverture d'un centre externe relevant du CSSS du Suroît avec un potentiel de 15 stations se justifie dans l'optique d'offrir des services aux usagers vivant sur le territoire du CSSS Vaudreuil-Soulanges en majorité desservie par eux.	2 225 000 \$	1 963 000 \$	Prévu dans le PFT du futur Hôpital de Vaudreuil-Soulanges. Projet transitoire à recommander, car le besoin

OBJECTIFS VISÉS	MOYENS D'ACTION	FINANCEMENT REQUIS		ÉTAT D'AVANCEMENT
		Budget non récurrent	Budget récurrent	
Qu'est-ce que l'on veut faire?	Comment			
				est présent.
	L'ouverture d'un centre externe relevant du CSSS du Haut-Richelieu—Rouville avec un potentiel de 15 stations se justifie dans l'optique d'offrir des services aux usagers vivant sur le territoire du CSSS Pierre-Boucher qui sont suivis à Montréal.	2 225 000 \$	1 963 000 \$	S'oriente plutôt vers la dialyse à domicile et d'autres avenues sont explorées pour assurer l'accessibilité aux patients du CSSS Pierre-Boucher.
SOUS-TOTAL 4		6 675 000 \$	5 889 000 \$	
5. Rapatrier progressivement des usagers traités actuellement à Montréal vers des centres de dialyse de la Montérégie				
	Huit usagers en dialyse conventionnelle pourraient être transférés du CHUM vers le CSSS Richelieu-Yamaska. Ce sont, pour la plupart, des usagers âgés qui ont de plus en plus de mal à voyager jusqu'à Montréal pour recevoir leurs traitements.		295 660 \$	RÉALISÉ
	Six usagers en provenance de Montréal pourraient être transférés vers le centre de dialyse du CSSS du Suroît.		174 048 \$	RÉALISÉ
	Six usagers en provenance de Montréal pourraient être transférés vers le centre de dialyse du CSSS du Haut-Richelieu—Rouville.		175 680 \$	RÉALISÉ
	Six usagers en provenance de Montréal résidant sur le territoire du CSSS Pierre-Boucher pourraient être transférés vers le centre de dialyse de l'HCLM.		160 121 \$	NON RÉALISÉ
	Six usagers en provenance de Montréal résidant sur le territoire du CSSS Champlain pourraient être transférés vers le centre de dialyse de l'HCLM.		160 121 \$	NON RÉALISÉ
SOUS-TOTAL 5			965 630 \$	

OBJECTIFS VISÉS	MOYENS D'ACTION	FINANCEMENT REQUIS		ÉTAT D'AVANCEMENT
Qu'est-ce que l'on veut faire?	Comment	Budget non récurrent	Budget récurrent	
GRAND TOTAL 1 +2 +3 +4 +5		7 083 250 \$	9 036 350 \$	

3. ÉTAT DE SITUATION

Tout au long de ce chapitre, nous ferons état de la situation des différents centres de dialyse de la région en date de février 2011.

3.1. Hôpital Charles LeMoine

L'établissement compte 50 stations d'hémodialyse réparties dans trois lieux physiques à l'hôpital et dans deux centres externes dont l'un est en réfection. La réouverture est prévue pour mai 2011

- Il desservait plus de 360 usagers répartis comme suit : 174 usagers en hémodialyse conventionnelle, 125 en hémodialyse semi-autonome, 56 usagers en dialyse péritonéale et 5 en hémodialyse à domicile;
- Des services de pré-dialyse étaient également offerts à 614 usagers;
- L'établissement compte sur une équipe de 6 néphrologues;
- Les plages horaires sont de 6 h à 24 h du lundi au samedi au centre hospitalier et aux centres externes;

Le bassin de desserte couvre trois territoires de CSSS (voir Fig. 1) :

- Le CSSS Champlain;
- Le CSSS Pierre-Boucher;
- Le CSSS Jardins-Roussillon.

De ce fait, l'établissement est imputable pour la couverture en suppléance rénale. L'établissement ne répond pas à la demande. En effet, le taux d'occupation frôle plus souvent le 100 %, et ce, depuis le mois d'août 2006. Le nombre de places disponibles est limité à l'interne.

3.2. CSSS Haut-Richelieu—Rouville (Hôpital du Haut-Richelieu)

L'établissement compte 21 stations

- Il desservait 134 usagers répartis comme suit : 100 usagers en hémodialyse conventionnelle, 18 en hémodialyse semi-autonome, 16 usagers en dialyse péritonéale dont 6 en autonome continue (DPAC) et 10 usagers en dialyse péritonéale continue sur cycleur (DPCC);
- Des services de pré-dialyse étaient également offerts à 210 usagers;
- L'établissement compte sur une équipe de 5 néphrologues qui assurent la couverture médicale à l'Hôpital de Granby deux fois par semaine;

- Les heures d'ouverture sont de 7 h à 23 h 30, les lundis, mercredis et vendredis et de 7 h à 19 h, les mardis, jeudis et samedis.

Le bassin de desserte couvre trois territoires de CSSS :

- Le CSSS Haut-Richelieu—Rouville;
- Le CSSS de la Haute-Yamaska;
- Le CSSS la Pommeraie.

De ce fait, l'établissement est imputable pour la couverture en suppléance rénale. Toutefois, pour rapprocher les patients de leur lieu de soins, un satellite est ouvert sur le territoire du CSSS de la Haute-Yamaska.

À ce jour, l'établissement n'a aucune liste d'attente et il envisage de bonifier ses services de pré-dialyse et de développer des services d'hémodialyse à domicile. De même, il lui arrive d'offrir des places à des usagers du CSSS Pierre-Boucher et de l'Hôpital Charles LeMoynes lorsque ces derniers ne peuvent répondre.

3.3. CSSS de la Haute-Yamaska (Hôpital de Granby)

L'établissement dispose de 12 stations de dialyse

- Il desservait 46 usagers en hémodialyse conventionnelle;
- Il offrait également des services de pré-dialyse à près de 100 usagers;
- L'hôpital est desservi par les néphrologues de l'Hôpital du Haut-Richelieu (HHR);
- Les heures d'ouverture sont de 7 h à 23 h les lundis, mercredis et vendredis et de 7 h à 20 h 15 les mardis, jeudis et samedis.

Pour plusieurs usagers de Granby, l'Hôpital du Haut-Richelieu initie les traitements et une fois stabilisés, ils sont transférés à Granby selon la place disponible de ce centre. De même, en cas de complication au CH de Granby, les usagers sont transférés à l'Hôpital du Haut-Richelieu pouvant recevoir des traitements d'hémodialyse aux soins intensifs lorsque la condition clinique du patient le requiert.

3.4. CSSS du Suroît (Hôpital du Suroît)

L'établissement compte 15 stations

- Il desservait 81 usagers répartis comme suit : 66 usagers en hémodialyse conventionnelle, 15 en hémodialyse semi-autonome, 14 usagers en dialyse péritonéale;
- Il offrait également des services de pré dialyse à 50 usagers;
- L'établissement compte sur une équipe de 6 néphrologues en provenance du Centre hospitalier Saint-Luc assurant le service quatre jours par semaine à l'Hôpital du Suroît;
- Les heures d'ouverture sont de 7 h 30 à 23 h 30 du lundi au samedi.

Le bassin de desserte couvre trois territoires de CSSS :

- Le CSSS Vaudreuil-Soulanges
- Le CSSS du Haut-Saint-Laurent
- Le CSSS du Suroît

De ce fait, l'établissement est imputable pour la couverture en suppléance rénale.

Le centre répond à la demande, il n'a pas de liste d'attente actuellement. L'ajout de trois chaises de dialyse leur a permis de rapatrier les usagers en provenance de Montréal qui ont en fait la demande. De plus, parmi les 50 usagers suivis en pré-dialyse six sont sur le point de commencer des traitements de dialyse.

3.5. CSSS Pierre-De Saurel (Hôtel-Dieu de Sorel)

L'établissement dispose de 11 stations de dialyse dont une installée dans une salle d'isolement

- Il desservait près de 42 usagers en hémodialyse conventionnelle;
- Il offrait également des services de pré dialyse à 50 usagers;
- Un (1) seul néphrologue et deux (2) internistes officient au service de suppléance rénale.
- Les plages horaires sont de 6 h à 23 h 30 les lundis, mercredis et vendredis et de 6 h à 19 h les mardis et les jeudis. Le samedi de 6 h à 18 h et le dimanche de 7 h à 15 h.

Le bassin de desserte couvre le CSSS Pierre-De Saurel, mais également la Ville de Contrecoeur qui fait partie du territoire de CSSS Pierre-Boucher.

L'établissement répond assez bien à la demande actuellement et n'envisage donc pas de développement. À court ou moyen terme, il pourrait même augmenter sa capacité à 60 usagers si des ajouts budgétaires lui étaient accordés afin d'ajouter des ressources humaines et matérielles en utilisant les mêmes lieux physiques.

3.6. CSSS Richelieu-Yamaska (Hôpital Honoré-Mercier)

L'établissement disposait de 14 stations

- Il desservait 62 usagers répartis comme suit : 56 usagers en hémodialyse conventionnelle, 6 en hémodialyse semi-autonome, 6 usagers en dialyse péritonéale;
- Il offrait également des services de pré-dialyse à 134 usagers;
- L'équivalent de 1.5 TC néphrologue est à pied d'œuvre et assure les soins requis;
- Les heures d'ouverture sont de 6 h 45 à 18 h 45 du lundi au samedi inclusivement;

Le bassin de desserte couvre le territoire du CSSS Richelieu-Yamaska qui est assez étendu (80 km), à tel point qu'ils envisagent d'ouvrir un point de service pour rapprocher le service des patients.

L'établissement a rapatrié tous les patients dialysés à Montréal appartenant à son territoire et qui en ont fait la demande. Depuis le début de l'année financière 2010-2011, l'ajout de 4 nouvelles stations a été réalisé rapidement pour faire face au rapatriement et à l'accroissement. À la fin septembre 2011, 73 usagers sont maintenant suivis en hémodialyse conventionnelle.

Il importe de souligner que le Centre de santé et services sociaux du Richelieu-Yamaska s'est transformé rapidement, d'un statut de « centre satellite » à centre « principal » pouvant desservir des clientèles beaucoup plus complexes. Ainsi, le CSSS Richelieu-Yamaska offre maintenant une gamme complète de services en néphrologie. Du fait de cette nouvelle expertise médicale accessible pour l'ensemble de la population du territoire, il y a une vitesse de croissance rapide qui est de l'ordre de 1.5 patient additionnel en dialyse par mois. Dans ce contexte, la progression des besoins en néphrologie pour le territoire du CSSS doit être considérée à sa juste valeur pour les années à venir, dans une perspective de responsabilité populationnelle.

À moyen terme, il est envisagé d'effectuer du suivi des patients dialysés à domicile en collaboration avec un autre centre qui assurerait la formation des patients.

Le tableau 2 résume l'état de la situation régionale en février 2011

3.7. Dialyse aiguë

Les 4 principaux centres de dialyse de la Montérégie doivent être en mesure de répondre et de couvrir les cas de dialyse aiguë en provenance de leur bassin de desserte. Néanmoins, le manque de places disponibles fait en sorte que ce n'est pas toujours le cas. C'est un problème sur lequel la région va devoir se pencher afin d'atteindre un certain niveau d'autonomie régionale.

3.8. Transport

Il existe en Montérégie un programme de « Transport et hébergement des personnes handicapées ». Le CSSS Champlain est fiduciaire du budget afférent à ce programme et le gère pour toute la clientèle de la Montérégie.

Quel que soit le moyen de transport utilisé, il rembourse aux usagers depuis peu 65 % des frais encourus.

Les usagers qui reçoivent les traitements de dialyse peuvent utiliser plusieurs modalités de transport :

- **Le transport adapté** : il est en partie subventionné par le programme « Transport et hébergement des personnes handicapées »;

- **Le transport bénévole** : il est géré par différents organismes communautaires, dont les centres d'action bénévole de différentes municipalités;
- **Les taxis** : ils sont surtout utilisés par les personnes bénéficiant de la sécurité du revenu qui obtiennent un remboursement substantiel de leurs frais;
- **Les services d'accompagnement** : ils sont gérés par des entreprises d'économie sociale. Les prix varient entre 20 \$ et 78 \$ par traitement. Mais certaines offrent plus que du transport, elles font de l'accompagnement;
- **Le véhicule personnel** : les usagers qui utilisent leur véhicule personnel reçoivent un remboursement de 65 % de 29,5 cents par kilomètre.

Tableau 2 : État de situation dans les différents centres de dialyse de la Montérégie en février 2011

État de la situation en Montérégie en février 2011

Établissements	Nombre de stations de dialyse	Nombre de néphrologues***	Nombre d'usagers desservis en hémodialyse conventionnelle	Nombre d'usagers desservis en hémodialyse semi-autonome	Nombre d'usagers desservis en dialyse péritonéale	Nombre d'usagers desservis hémodialyse à domicile	Nombre d'usagers desservis en pré-dialyse
Hôpital Charles-LeMoine	50	6	174	125	56	5	614
CSSS Haut-Richelieu—Rouville	21	5	100	18	16	0	210
CSSS de la Haute-Yamaska**	12	0	46	0	0	0	100
CSSS du Suroît	15	0	66	15	14	0	46
CSSS Richelieu-Yamaska	18	2	56	6	6	0	134
CSSS Pierre-De Saurel	11	1	42	0	0	0	50
TOTAL	127	14	484	164	92	5	1154

Source : infirmières chefs dialyse janvier 2011

* : Couverture médicale assurée par le CHUM St-Luc 4 fois par semaine

** Couverture médicale assurée par le CSSS Haut-Richelieu—Rouville 2 fois par semaine

***: les néphrologues ne sont pas tous à temps complet". En exemple, Richelieu-Yamaska compte 1.5 ETC

Cependant, des problématiques nous ont été signalées concernant le transport adapté qui refusait de desservir certaines villes en raison d'une baisse de subvention de la part de leurs bailleurs de fonds. Encore récemment, des patients de la région de Châteauguay en ont fait les frais.

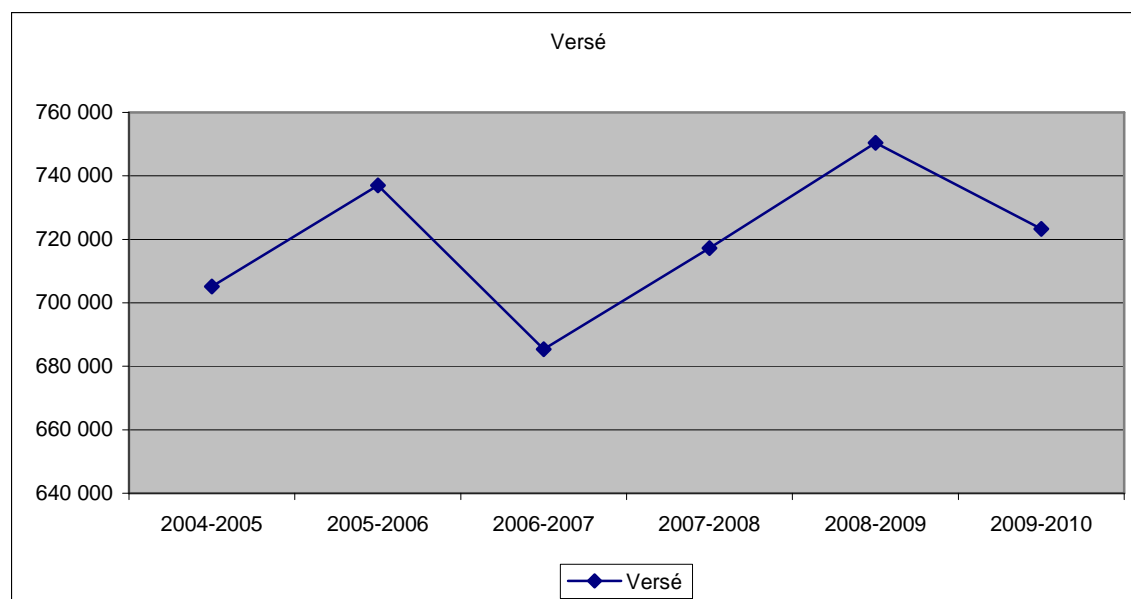
L'Agence (ASSSM) accorde, en sus du budget global, un montant annuel de 90 000 \$ pour le transport des personnes dialysées hébergées. Cet ajout, qui au départ permettait de rembourser 60 % des frais de déplacement en CHSLD, ne permet actuellement que de rembourser 25 % en raison d'une augmentation de la demande.

Le tableau suivant nous montre les frais et le nombre d'usagers bénéficiant de ce programme de 2005 à 2010.

Tableau 3

Remboursement versé aux patients - hémodialyse

	Versé	Nombre de patients	Moyenne par patient
2004-2005	705 093.62	437	1 613.49
2005-2006	737 019.48	449	1 641.47
2006-2007	685 403.40	498	1 376.31
2007-2008	717 201.15	529	1 355.77
2008-2009	750 382.36	551	1 361.86
2009-2010	723 333.92	526	1 375.16



Vu les frais encourus, il y a un avantage supplémentaire à rapprocher les services du domicile des patients en plus de celui de l'amélioration de la qualité de vie.

4. IDENTIFICATION DES BESOINS

La région doit faire face à trois types de besoins :

- ❶ Les besoins actuels requis en fonction de la population en dialyse et en pré-dialyse dans les centres de la Montérégie;
- ❷ Les besoins en lien avec le rapatriement de la clientèle;
- ❸ Les besoins futurs (horizon 2020) du fait de l'accroissement et du vieillissement de la population.

4.1 Besoins actuels

Le tableau 2 nous montre que des services de dialyse* sont offerts à 732 usagers, soit 484 en hémodialyse 164 en hémodialyse semi-autonome et 92 en dialyse péritonéale.

Capacité maximale théorique

La région compte 127 stations de dialyse. Or, une station permet maximale d'offrir 936 traitements par année (3 traitements/jour/durant 52 semaines 6 jours/7). Par conséquent, notre parc actuel de stations permettrait de desservir maximale 762 patients.

Néanmoins, il faut signaler que la réalité ne permet pas toujours d'utiliser les stations à leur capacité maximale.

Capacité optimale basée sur la réalité

Il existe plusieurs contraintes à l'utilisation des stations de dialyse à capacité maximale :

- Les établissements sont tenus de se doter d'une certaine marge de manœuvre pour les cas urgents (dialyse aiguë ou autres). Un taux d'occupation de 95 % ménageant une marge de manœuvre de 5 % semble être la norme;
- La plage de soir ne convient pas à tous les patients;
- La disponibilité restreinte du transport en commun (transport adapté) pour ces plages de soir;
- L'instabilité clinique des patients âgés
- La disponibilité restreinte d'une main-d'œuvre spécialisée (néphrologues et infirmières).

Cela nous amène à considérer comme optimale l'utilisation à 50 % de la plage de soir. Notre parc actuel nous permettrait de desservir de façon optimale 635 usagers. Or, nous desservons actuellement 648 usagers. Par ailleurs, il y a également 1154 patients en pré-dialyse dont une proportion encore inconnue va se retrouver en dialyse.

*Par Dialyse on entend; totale hémodialyse conventionnelle, semi-autonome et péritonéale

4.2 Besoins en lien avec le rapatriement

Au 31 mars 2010, nous avons 144 patients en dialyse traités à Montréal et Sherbrooke (voir annexe1).

Si l'on devait rapatrier la totalité des patients traités à l'extérieur, la région requerrait 155 stations (voir annexe 2 pour la méthodologie du calcul), soit 28 stations supplémentaires. L'impact du rapatriement des clientèles est non négligeable aussi bien au niveau des ressources humaines, qu'au niveau des ressources matérielles, car il faut souligner que lorsqu'une place est libérée en dialyse, elle est aussitôt comblée par un patient de pré-dialyse déjà suivi par l'équipe, comme le favorise le continuum de soins recommandé dans le document d'orientations du MSSS (Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2006). Or, la Montérégie compte en 2011, plus de 1000 patients en pré-dialyse.

La répartition des patients à rapatrier est précisée par territoire de CSSS dans le tableau 4.

Tableau 4 : Répartition des patients à rapatrier par territoire de CSSS

Besoins afférents au rapatriement des clientèles	Nombre de patients	Nombre de stations
CSSS Haute-Yamaska	10	2
CSSS Richelieu-Yamaska	13	3
CSSS Champlain-Charles Le Moyne	53	10
CSSS Jardins-Roussillon	49	10
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	6	1
CSSS du Suroît	13	3
Sous-total rapatriement	144	28

4.3 Besoins futurs (horizon 2020)

Les projections de population réalisée par la Direction de santé publique au 1^{er} juillet 2011 nous montrent un accroissement de la population particulièrement marqué pour la population de 65 ans et plus d'ici 2020. Par ailleurs, en appliquant les taux de prévalence issus du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes 2009, nous obtenons un portrait de la prévalence de la population dialysée en Montérégie en 2011 par territoire de CSSS et l'augmentation d'ici à 2020.

Tableau 5- Accroissement de la prévalence des personnes dialysées d'ici à 2020

RLS	Groupes d'âge	Nombre d'utilisateurs		
		2011	2020	% écart
Haut St-Laurent	0-19 ans	0.1	0.1	-7%
	20 à 44 ans	1.6	1.6	2%
	45 à 64 ans	6.3	5.9	-6%
	65 à 74 ans	5.2	7.2	37%
	75 ans et plus	5.6	7.1	27%
	Total	18.8	21.9	16%
Suroît	0-19 ans	0.2	0.2	-4%
	20 à 44 ans	3.6	3.7	4%
	45 à 64 ans	14.1	13.4	-5%
	65 à 74 ans	12.8	17.1	34%
	75 ans et plus	15.4	20.0	30%
	Total	46.0	54.4	18%
Jardins-Roussillon	0-19 ans	0.8	0.8	2%
	20 à 44 ans	14.9	15.5	4%
	45 à 64 ans	46.3	48.5	5%
	65 à 74 ans	33.0	45.7	38%
	75 ans et plus	31.7	46.1	45%
	Total	126.8	156.7	24%
Champlain	0-19 ans	0.7	0.7	3%
	20 à 44 ans	14.2	14.8	4%
	45 à 64 ans	48.1	45.6	-5%
	65 à 74 ans	40.9	53.4	31%
	75 ans et plus	40.8	59.7	46%
	Total	144.6	174.2	20%
Pierre-Boucher	0-19 ans	0.9	0.8	-3%
	20 à 44 ans	17.7	17.9	1%
	45 à 64 ans	59.1	56.7	-4%
	65 à 74 ans	46.7	61.9	33%
	75 ans et plus	45.2	66.4	47%
	Total	169.6	203.7	20%
Haut-Richelieu - Rouville	0-19 ans	0.7	0.7	5%
	20 à 44 ans	12.8	13.8	8%
	45 à 64 ans	41.8	42.8	2%
	65 à 74 ans	31.4	46.1	47%
	75 ans et plus	31.6	43.7	38%
	Total	118.3	147.1	24%
Richelieu-Yamaska	0-19 ans	0.7	0.8	2%
	20 à 44 ans	14.0	14.5	3%
	45 à 64 ans	49.8	48.5	-3%
	65 à 74 ans	41.2	56.1	36%
	75 ans et plus	40.5	59.2	46%
	Total	146.2	179.0	22%
Pierre-de Saurel	0-19 ans	0.1	0.1	0%
	20 à 44 ans	2.9	3.0	1%
	45 à 64 ans	13.9	12.1	-13%
	65 à 74 ans	13.2	18.0	37%
	75 ans et plus	13.5	18.6	38%
	Total	43.7	51.8	19%
La Pommeraie	0-19 ans	0.2	0.2	1%
	20 à 44 ans	3.0	3.1	1%
	45 à 64 ans	13.5	12.3	-9%
	65 à 74 ans	11.9	16.8	41%
	75 ans et plus	12.6	17.0	35%
	Total	41.2	49.4	20%
Haute-Yamaska	0-19 ans	0.3	0.3	4%
	20 à 44 ans	6.5	6.8	6%
	45 à 64 ans	23.5	23.4	0%
	65 à 74 ans	19.3	28.8	49%
	75 ans et plus	18.9	28.2	49%
	Total	68.5	87.5	28%
Vaudreuil-Soulanges	0-19 ans	0.6	0.6	13%
	20 à 44 ans	10.3	11.6	12%
	45 à 64 ans	32.2	36.7	14%
	65 à 74 ans	20.7	32.8	59%
	75 ans et plus	18.8	28.2	50%
	Total	82.5	110.0	33%
MONTÉRÉGIE	0-19 ans	5.2	5.3	3%
	20 à 44 ans	101.4	106.1	5%
	45 à 64 ans	348.6	345.8	-1%
	65 à 74 ans	276.3	384.0	39%
	75 ans et plus	274.7	394.3	44%
	Total	1006.2	1235.6	23%

La prévalence pour la Montérégie de 2011 est très proche de celle observée en réalité 2010, 1006 patients versus 809 (voir annexe 1).

Globalement, la population d'hémodialysés va augmenter de 23 % en 2020, si on utilise le taux de prévalence actuel appliqué à la projection de population de 2020. Néanmoins, dans la réalité, il est plus que probable que cette prévalence augmente vu l'augmentation du nombre de diabétiques qui constituent près de 26 % (Institut canadien d'information sur la santé, janvier 2011) de la population des personnes dialysées.

On remarque également que les besoins sont différents d'un territoire à l'autre de la Montérégie. Le territoire de Vaudreuil-Soulanges a la plus forte augmentation prévue à 33 %, donc 10 % au dessus de la moyenne régionale, tandis que le territoire du Haut-Saint-Laurent se situe à 16 % d'augmentation.

Tenant compte de ces besoins grandissants, la région suivra de près l'évolution des besoins en hémodialyse et mettra à jour son plan dès 2015.

Résumé des besoins actuels et futurs

Le tableau 5 nous donne une idée globale et sommaire des besoins en équipement de dialyse requis pour faire face aux besoins dans les prochaines années.

Tableau 6 : Identification des besoins pour la Montérégie

	Nombre de stations de dialyse	Appareils de réserve	Nombre de traitements reliés aux stations
Besoins actuels	127	19	99 060
Besoins liés au rapatriement de la clientèle	28	5	21 840
Besoins futurs additionnels (horizon 2020)	120	24	93 600

On observe qu'en 2020 les besoins vont pratiquement doubler, en raison de l'augmentation du nombre de patients prévalents. Par conséquent, on peut affirmer avec certitude que la région a des besoins grandissants et fait face à ce défi en faisant preuves d'initiatives.

5. Projets de développement régionaux

Telle que mentionnée précédemment, la région doit faire face à de multiples défis soit :

- L'augmentation de la population notamment la population âgée de 65 ans et plus;
- L'augmentation de l'incidence en suppléance rénale qui est d'environ 7 % annuellement en Montérégie;
- La pénurie d'intervenants spécialisés en insuffisance rénale (néphrologues et infirmières);
- L'étendue du territoire de la Montérégie (voir figure 1).

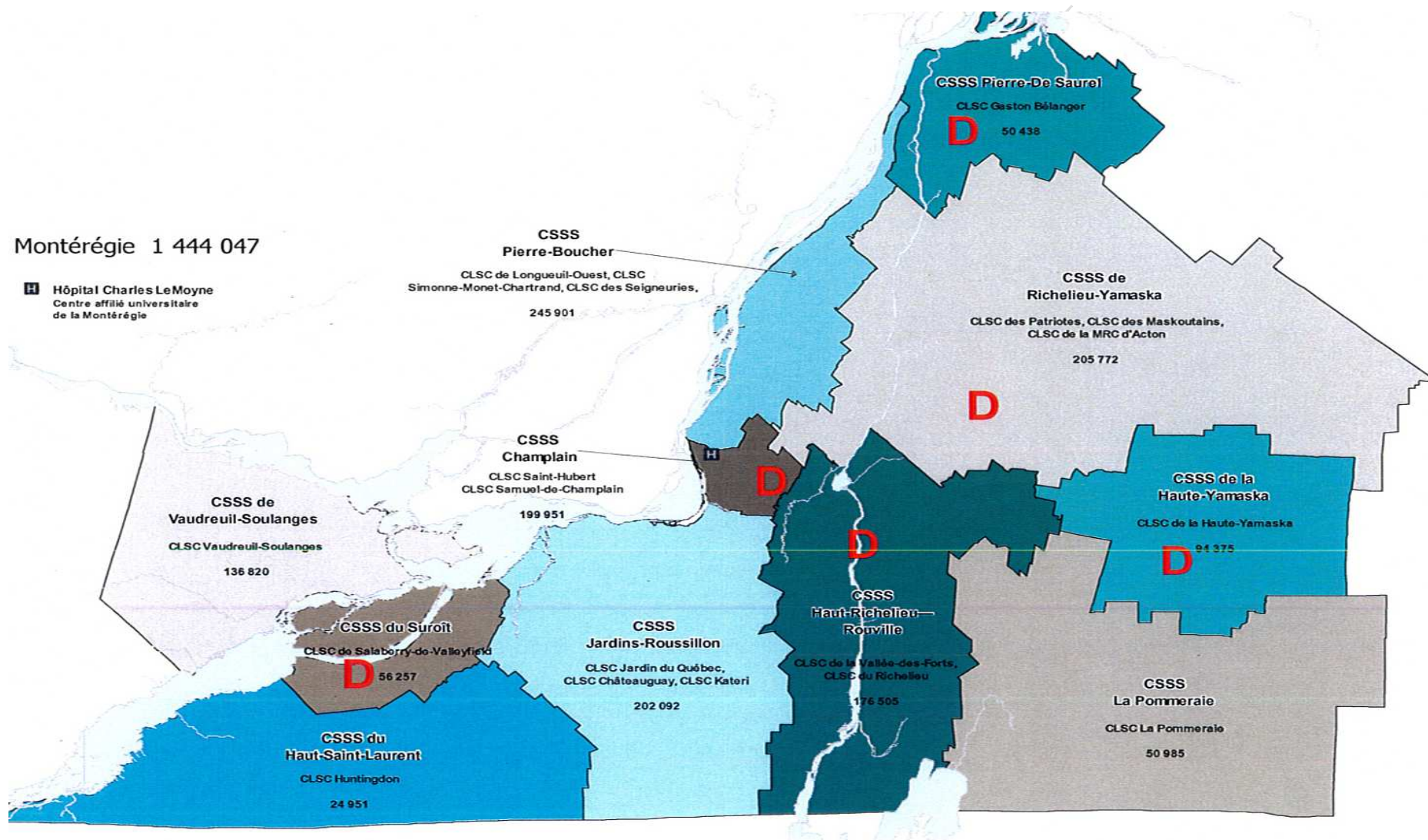
En effet, elle devra fournir beaucoup d'efforts en vue d'assurer :

- Une accessibilité géographique difficile pour certains usagers;
- Le développement de l'autonomie et la responsabilisation de l'utilisateur;
- Le déploiement, l'optimisation et la consolidation des cliniques de pré-dialyse;
- L'amélioration de la qualité du service sur base des données probantes;
- Une harmonisation des pratiques et des programmes de formation.

Dans cette optique, plusieurs projets ont été mis de l'avant par le groupe de travail :

- Dépistage précoce en lien avec les cliniques médicales de première ligne;
- Consolidation des équipes interdisciplinaires en pré-dialyse;
- Formation régionale en néphrologie;
- Projet régional d'hémodialyse à domicile;
- Projet du 3^e centre externe;
- Clinique pré et post transplantation rénale;
- Le projet de dialyse péritonéale en CHSLD;
- La croissance rapide au CSSS Richelieu-Yamaska;
- Les projets de rapatriement de la clientèle;
- Cibles en dialyse du CSSS Haut-Richelieu—Rouville ;
- Croissance au CSSS du Suroît;
- Projet d'offre de services en suppléance rénale au CSSS Jardins-Roussillon.

Figure 1 : Territoire de la Montérégie et ses réseaux locaux de services (RLS)



D : Centre de dialyse sur le territoire

5.1 Programme de dépistage précoce

Le respect des normes de guides pratiques reconnus, les meilleures pratiques centrées sur l'approche au client incluant l'autogestion sont des éléments prometteurs permettant d'assurer une saine gestion de la maladie. Les habiletés des gestionnaires en suppléance rénale doivent s'orienter vers une recherche constante d'efficacité des programmes en place et soutenir les pratiques prouvées les plus efficaces (Sands, 2006). En Montérégie, les lignes directrices de la Société canadienne de néphrologie (SCN) orientent les suivis cliniques et organisationnels. En 2006, la Société canadienne de néphrologie recommande le dépistage des maladies rénales chroniques chez les personnes à haut risque et non le dépistage systématique.

La SCN recommande aussi que la plupart des usagers atteints d'une maladie rénale chronique non évolutive soient pris en charge par un médecin généraliste et non par un néphrologue.

La SCN recommande aussi que les médecins réfèrent des individus aux stades 4 et 5 de la maladie rénale à un néphrologue pour une prise en charge. Les néphrologues doivent soutenir les compétences et connaissances des médecins généralistes qui traitent les personnes atteintes de maladies rénales chroniques (MRC). La prise en charge rigoureuse des usagers atteints de MRC portera sur les aspects suivants :

- Le contrôle de l'hypertension;
- Le contrôle du diabète;
- Les traitements des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires;
- L'arrêt tabagique.

Un programme de dépistage ultra précoce en collaboration avec des médecins de première ligne permettrait d'agir encore plus en amont et serait proactif vu le pourcentage de personnes diabétiques en Montérégie (7,8 %). Or, la néphropathie chronique est présente chez 50 % des personnes diabétiques. L'atteinte rénale est souvent asymptomatique jusqu'à ce qu'elle soit grave (McFarlane & Culleton, 2008). D'où l'intérêt pour la région de mettre en place ce type de programme afin de ralentir l'insuffisance rénale au stade terminal qui coûte minimalement 60 000 \$ par année par patient selon les estimations de l'ICIS.

Ce programme pourrait faire l'objet d'un projet pilote dans un réseau local qui en manifesterait l'intérêt et la volonté de développer ce lien serré avec la première ligne médicale.

Il s'inspire de celui du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM). Le principe basé sur un « centre mère » qui est mis en place avec des ressources régionales qui supportent les réseaux locaux de services (RLS) dans leur déploiement en offrant de la formation.

La mise en place de ce projet requiert :

- La formation des participants (médecins de première ligne et infirmières);
- L'élaboration d'outils (plans d'interventions, de suivi..);
- Une coordination au niveau régional pour soutenir les différents RLS (minimalement le salaire d'une conseillère clinique 83 000 \$ et du temps clérical, éventuel 0.5 ETC soit 23 315 \$).

Le programme « *PREVENIR* » élaboré par un regroupement de néphrologues dispose déjà des outils et de programmes de formation que la région pourra utiliser dans le respect des conditions d'utilisation.

5.2 Consolidation des équipes interdisciplinaires en pré dialyse

L'importance des programmes interdisciplinaires structurés en pré dialyse ou en protection rénale est très documentée dans la littérature scientifique (Curtis et al., 2005); (Department of Health, 2007). En matière **d'interdisciplinarité**, la tendance selon plusieurs études et recommandations d'experts valorise ainsi fortement cette pratique. Ces pratiques en équipe multidisciplinaire jugées exemplaires en maladies rénales chroniques répondent plus efficacement à la réalité complexe vécue par la clientèle (Mendelssohn, Toffelmire, & Levin, 2006). De nouveaux modèles en organisation de soins sont à consolider. Les équipes de soins doivent davantage être proactives afin de minimiser les complications fréquentes chez les usagers (Smith, 2010).

En effet, les programmes interdisciplinaires présentent plusieurs avantages dont :

- Le ralentissement de la progression de l'insuffisance rénale;
- Un meilleur suivi systémique aux patients;
- L'inscription des patients sur une liste d'attente en vue de la greffe;
- Une meilleure préparation à la dialyse;
- L'orientation des usagers vers des modes de dialyse plus autonomes;
- Meilleure qualité de vie du patient (dont un meilleur contrôle sur l'anémie et la tension artérielle).

La présence d'une équipe multidisciplinaire dédiée au sein de ce programme a également été fortement recommandée. En effet, selon une étude réalisée par (Shu-Yi et al., 2010), une équipe multidisciplinaire (néphrologue, infirmière spécialisée en néphrologie et diététiste) en période pré dialyse six mois avant l'initiation à la dialyse est associée significativement à :

- Une diminution des coûts médicaux;
- Une diminution des consultations (moins d'hospitalisation);
- Une meilleure préparation à la dialyse.

Selon plusieurs néphrologues canadiens et québécois, la durée optimale visée pour un patient est de dix mois afin de mieux préparer les usagers au traitement en dialyse. En 2006, on note dans une étude descriptive que la référence en néphrologie se situe en moyenne d'un à quatre mois avant le traitement de la phase terminale; ce qui semble nettement insuffisant pour assurer une préparation optimale.(Mendelssohn, et al., 2006). Une autre étude recommande une durée optimale d'une année en pré-dialyse (Buck et al., 2007).

Dans une optique régionale de consolidation des cliniques de pré-dialyse, le groupe en se basant sur les données probantes a suggéré un modèle de prise en charge des patients en pré-dialyse ainsi que les coûts afférents (voir tableau 7).

Tableau 7 : Équipe interdisciplinaire en pré-dialyse

	Méthodologie	heures requises annuellement/ patient	Coût afférent/patient
Heures soins infirmiers par patient			
ouverture de dossiers et prise en charge du patient par l'équipe interdisciplinaire	5 heures	5	193 \$
Visites subséquentes	4* 45 minutes dans l'année	3	116 \$
temps téléphonique associé aux visites	4* 30 minutes dans l'année	2	77 \$
Heures nutritionniste par patient	2* 45 minutes dans l'année	1.5	61 \$
Activité de sensibilisation en vue du choix de dialyse	Elle est d'une durée de 3 jours (21heures) et se fait en groupe. Dépendamment de la taille du groupe est d'environ 5 personnes	21	162 \$
Heures travailleuse sociale par patient	2*30 minutes annuellement	1	42 \$
Heures pharmacien	2*30 minutes annuellement	1	54 \$
Total			704 \$

Source: basée sur la pratique à l'HCLM et un modèle australien issu de "Chronic Kidney Disease Model of Care" P.58

Ces coûts ne tiennent pas compte du salaire du néphrologue et des analyses de laboratoires qui sont faites lors des visites, ni de la formation du personnel.

5.3 Formation régionale centralisée en néphrologie

Lors de la recension d'écrits réalisée en 2008 par l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM), l'harmonisation des pratiques en suppléance rénale notamment la pré-dialyse est ressortie gagnante.

Ainsi, le groupe de travail régional a recommandé la mise en place d'un programme de formation régionale qui sera élaboré sur une base des données probantes. Cette harmonisation concerne la pratique médicale et la pratique infirmière.

Vu le manque de ressources, deux ou trois sessions de formation pourraient être offertes annuellement, minimalement 2 infirmières par centre de dialyse par session pourraient être formées, soit 12 par session pour les six centres de dialyse.

Avantages :

- Amélioration de la qualité et de la sécurité des soins;
- Harmonisation des pratiques sur base des données probantes;
- Renforcement de la formation de base (Empowerment).

Le modèle régional de formation pourrait s'inspirer de celui du CICM avec différents niveaux de formation s'échelonnant sur plusieurs années. L'approche privilégiée par le CICM a permis de soutenir la mobilisation des cliniciens et gestionnaires pour accroître l'application des meilleures pratiques auprès des patients (Roy, 2008). Une formation centralisée pourrait favoriser la motivation des intervenants, une vision mobilisatrice et la rétention du personnel.

Tableau 8 : Estimation des coûts annuels d'un programme de formation régionale en néphrologie

Éléments à prendre en compte	Temps nécessaire	Nombre de personnes à former	Coûts annuel
Nombre d'heures de formation par année	21	12	11 754 \$
Temps de préparation du formateur pour l'élaboration ou l'adaptation d'outils, environ 50 heures annuellement	50		2 332 \$
Temps secrétariat pour la gestion de la formation proprement dite: inscriptions des participants, envoi des invitations, confirmation des lieux, photocopie et assemblage des pochettes, réservation des salles et du matériel informatique	10		256 \$
Temps secrétariat pour la préparation de la formation	5		128 \$
Pour nouvelles infirmières si roulement de personnel(30%)	21	4	3 526 \$
Remplacement pendant la formation	21	12	11 754 \$
Coût des pochettes de formation			200 \$
Sous-total par session		-	29 950 \$
Total pour 3 sessions			89 850 \$

Source: Sur base du modèle du Centre intégré de cancérologie de la Montérégie (CICM), 2010

5.4 Hémodialyse à domicile

L'hémodialyse à domicile est également décrite comme méthode présentant divers avantages, dont une meilleure condition physique et médicale (Just et al., 2008).

Autres avantages :

- Une amélioration de la pression artérielle et de la masse ventriculaire gauche (Culleton et al, 2007);
- Une amélioration de la condition physique et médicale du patient, car la durée du traitement est plus longue à domicile;
- Une meilleure qualité de vie du patient (Manns et al, 2009; Scott, 2007);
- Une plus grande responsabilisation du patient;
- Un meilleur coût/efficacité (Culleton et al, 2007).

La région compte développer un programme régional d'hémodialyse à domicile fonctionnant par pôles régionaux en mettant davantage l'emphase sur le partenariat entre les différents centres de dialyse. La possibilité de fonctionner par pôle permet d'éviter au patient d'avoir une trop grande distance à parcourir pour sa formation initiale.

Ainsi, la formation du patient pour l'hémodialyse à domicile serait donnée régionalement ou par pôle par un seul établissement et le suivi serait effectué par le centre d'où est originaire le patient, cela permettrait :

- D'avoir une masse critique de patients;
- De développer et maintenir l'expertise;
- D'optimiser les ressources.

Tableau 9 : Résumé du financement requis pour l'hémodialyse à domicile

	Budget de développement non récurrent (COÛTS NON RÉCURRENT DE DÉMARRAGE)
Activités	
Formation/ orientation infirmières	27 051 \$
Formation des patients	11 130 \$
Équipements	0 \$
Petits équipements / mobilier	20 199 \$
Aménagement	27 000 \$
TOTAL	85 380 \$
	Budget de fonctionnement récurrent COÛTS RÉCURRENTS POUR UN VOLUME DE 10 PATIENTS
Activités	
Autre dépenses	60 325 \$
Ressources Humaines (Infirmière)	33 954 \$
R H (Nutritionniste, Travailleur social)	28 758 \$
Dépenses reliées au domicile du patient	133 505 \$
TOTAL	256 542 \$
Total pour la dialyse à domicile	341 922 \$
<small>Source: Projet de dialyse à domicile de l'HCLM (coûts 2010)</small>	

5.5 3^e centre externe de dialyse

L'idée d'ouvrir un 3^e centre externe de dialyse relevant de L'hôpital Charles LeMoyne vient du fait qu'il dessert trois des plus gros territoires de la Montérégie totalisant 447 993 de population (voir figure 1). Or, d'après l'Association canadienne de néphrologie, la population de dialysés se situe autour de 1/1000 de population. Ce qui donnerait à terme pour l'HCLM 448 patients en dialyse à desservir pour l'HCLM qui en dessert déjà 299 actuellement. Cela signifie que probablement dans les prochaines années, l'HCLM aura à desservir 149 patients supplémentaires.

Les estimations de coûts afférents à un 3^e centre externe sont présentées dans le tableau 9

Tableau 10 : Coûts afférents au 3^e Centre externe avec une capacité de 15 stations

Activités	Budget de développement non récurrent
Coût des ressources humaines non récurrentes	19 683 \$
Coût associés au déménagement	50 000 \$
Orientation du personnel	105 600 \$
Coût du mobilier et équipements	1 262 835 \$
TOTAL	1 438 118 \$

Activités	Budget de fonctionnement récurrent
Location (composantes unitaires par m2) annuellement	343 624 \$
Heures travaillées et salaires récurrents	57 000 \$
Autres dépenses récurrentes	177 375 \$
Budget de fonctionnement pour 90 patients(fourniture, médicament)	2 835 210 \$
Total récurrent	3 413 209 \$

Source: Projet de 2e centre externe de l'HCLM

5.6 Projet d'offre de services en suppléance rénale au CSSS Jardins-Roussillon

En analysant le tableau en annexe 1, on constate que le CSSS Jardins-Roussillon compte 119 patients en dialyse et 189 en pré-dialyse dont respectivement 41 % et 49 % sont traités à Montréal. Cette population de dialysés est plus importante que celle d'autres réseaux locaux de la Montérégie qui eux sont dotés d'un centre de dialyse, se conformant ainsi aux orientations ministérielles qui prônent le rapprochement des services de l'utilisateur.

Le groupe de travail recommande donc l'ouverture d'un centre de dialyse sur ce territoire pour plusieurs raisons :

- Rapprocher les services de l'utilisateur;
- Diminuer les problématiques de transport qui ont particulièrement cours dans ce territoire;
- Désengorger l'HCLM;
- Améliorer la qualité de vie des usagers.

Considérant la masse de population à desservir, ce devra être un centre principal. Les modalités restent à définir. L'offre de service devra offrir minimalement 24 stations si on considère les besoins actuels. En effet, la Table régionale des chefs de médecine spécialisée (TRCDMS) a recommandé de l'implanter en deux phases :

- Ouverture d'un centre satellite où deux effectifs médicaux en néphrologie seront octroyés dès 2012;
- Une deuxième phase de consolidation en centre principal avec dialyse aiguë, hospitalisation et couverture complète de la garde dans le prochain plan quinquennal d'effectifs médicaux 2016-2020.

Une évaluation des besoins réalisée par le CSSS nous donne les coûts suivants :

Budget de développement non récurrent : 2 563 600 \$

Budget de fonctionnement récurrent : 7 023 650 \$

Néanmoins, ces coûts n'ont pas pris en compte certains éléments notamment l'aspect immobilisation. De plus, ils ne tiennent compte que des besoins actuels basés sur le nombre de patients au 31 mars 2010.

Or une projection des besoins compte tenu de du vieillissement de la population dans ce territoire et de la forte prévalence de personnes diabétiques nous permet de supposer que la tendance régionale d'augmentation de 7 % des personnes dialysées observée depuis 1999 va minimalement se maintenir ou augmenter.

Par conséquent, on peut prévoir l'augmentation du nombre de personnes dialysées dans les prochaines années (voir tableau 11).

Tableau 11 : projection de la population de personnes dialysées au CSSS Jardins-Roussillon jusqu'en 2020

Années	Hémodialyse	stations de dialyse requises	Pré dialyse
2010	119	24	189
2011	127	26	202
2012	136	28	216
2013	146	30	232
2014	156	32	248
2015	167	34	265
2016	179	36	284
2017	191	39	303
2018	204	41	325
2019	219	44	347
2020	234	47	372

L'établissement fera l'exercice en se basant sur sa situation actuelle, mais également sur les besoins à moyen terme (horizon 2015). En 2015, il y aura selon les projections 167 patients en hémodialyse et 265 patients en pré dialyse. Pour desservir ce nombre de patients, il leur faudra **34** stations de dialyses (voir calcul annexe 2).

Ainsi au niveau des immobilisations, il s'avère pertinent de déjà tenir compte de l'espace supplémentaire requis pour ajouter des stations en considérant le besoin qui s'avère imminent. Il faut également tenir compte de l'espace supplémentaire requis pour la pré-dialyse. Si l'on veut anticiper la demande future, il faut prévoir l'espace en conséquence. Le budget de développement de **2 563 600 \$** ne tient pas compte de tous ces éléments et sera probablement revu à la hausse, si on les inclut.

De plus, le centre aura un impact sur d'autres secteurs de l'hôpital, dont l'urgence, les soins intensifs, le laboratoire, les lits de courte durée et l'équipe médicale.

Par ailleurs, le CSSS est conscient du défi de la main-d'œuvre médicale et infirmière. En effet, le plan d'effectifs médicaux devra prévoir d'offrir minimalement deux postes de néphrologues, qu'il faudra ensuite recruter.

De plus le recrutement des infirmières spécialisées, de même que la formation du personnel est à considérer.

5.7 Clinique pré et post- transplantation rénale

Il existe deux traitements associés à l'insuffisance rénale chronique au stade terminal, soit, la dialyse soit la transplantation rénale. Outre l'amélioration de la qualité de vie, la transplantation réduit les coûts des traitements annuels de l'insuffisance rénale. En effet, des analyses économiques réalisées aux États-Unis et en Grande-Bretagne ont démontré que l'écart entre un patient dialysé et un patient greffé pouvait atteindre près de 80 % (Loubeau, 2001; Perovic, 2009; Roderick P. , 2002)

Le nombre de patients qui bénéficient d'une transplantation rénale augmente, créant ainsi une pression importante sur les établissements qui pratiquent ces interventions surtout au niveau du suivi posttransplantation qui est très demandant en termes de nombre de visites (voir tableau 12) et de services. En effet, durant ces visites, un nombre important d'analyses de laboratoire et plusieurs consultations en nutrition sont requises. Le tableau 12 répertorie les visites nécessaires au suivi postgreffe d'un patient. Ce modèle est la norme pour l'ensemble des établissements au Québec.

Tableau 12 : Grille de suivi d'un patient suite à une greffe rénale

	Fréquence	Total annuel
Mois 1	2 fois par semaine	27
Mois 2 et 3	1 fois par semaine	
Mois 4-5-6	1 fois par 2 semaines	
Mois 7à 12	1 fois par mois	
Total première année		
Deuxième année	1 fois par 2 mois	6
Troisième année	1 fois par 3 mois	4
Quatrième année	1 fois par 4 mois	3
Cinquième année et suivante	1 fois par 6 mois	2

De même, avant d'être greffé, il y a tout un processus de sélection en lien avec la condition physique et psychosociale du patient qui nécessite une évaluation médicale par le néphrologue et l'infirmière, suivi d'une réévaluation annuelle pour le maintien des patients sur la liste de greffe.

En 2007-2008, 51 patients de la Montérégie ont été greffés (APR-DRG). Étant donné ce volume, étant donné la volonté des hôpitaux montréalais qui veulent que le suivi se

fasse dans la région et une étude réalisée en 2010 qui recommande que ces populations puissent avoir accès aux suivis médicaux à proximité de leur lieu de vie (Kéough-Rayn, 2010), l'HCLM préconise la mise en place d'une clinique de suivi pré et post-transplantation rénale qui prendrait en charge les patients dès le quatrième mois suivant la transplantation.

Dans un premier temps, cette clinique accueillera les patients de l'HCLM qui ont été transplantés. Dans un deuxième temps, forte de son expérience, l'HCLM pourra élargir son mandat en rapatriant les patients montérégiens qui ne font pas partie de son territoire de desserte, libérant ainsi les centres montréalais.

Dans cette optique l'HCLM, a recruté un néphrologue qui a complété un *fellowship* en greffe rénale, possédant ainsi l'expertise pour assurer le suivi posttransplantation. Outre ce néphrologue responsable, l'équipe est composée d'une infirmière clinicienne, d'une nutritionniste, d'un travailleur social d'un pharmacien ainsi que d'un commis.

Il a été prévu de rapatrier 50 patients la première année et 50 patients supplémentaires la deuxième année si l'HCLM parvient à recruter une infirmière-praticienne qui aidera le néphrologue dans le suivi des patients. La clinique est déjà en place et dessert déjà des patients.

Les coûts récurrents et non récurrents afférents à la clinique pré et posttransplantations sont consignés dans les tableaux suivants :

Tableau 13 : Clinique post greffe-résumé du budget non récurrent

Description	Budget non récurrent
Ressources humaines (formation)	6 600 \$
Équipements	1 565 \$
Total	8 165 \$

Tableau 14 : Clinique post greffe-résumé du budget de fonctionnement

	Année 1	Année 2
Ressources humaines	164 623 \$	244 428 \$
Analyses médicales prétransplantation	28 788 \$	28 788 \$
Analyses médicales posttransplantation	46 904 \$	87 161 \$
Imagerie médicale	4 122 \$	4 122 \$
Total	244 437 \$	364 499 \$
Coût par visite	668 \$	633 \$

5.8 Dialyse péritonéale en CHSLD

La dialyse péritonéale en CHSLD est un projet qui avait déjà été préconisé lors de l'élaboration du plan d'action de juin 2007. La principale contrainte à sa mise en œuvre était la nécessité qu'avaient les CHSLD de maintenir une présence infirmière en tout temps. Plusieurs CHSLD étaient intéressés, mais n'avaient pas les ressources nécessaires pour répondre à cette exigence.

Néanmoins, l'ordre des infirmiers et infirmières du Québec a permis aux infirmières auxiliaires d'effectuer certains actes notamment l'administration des médicaments aux patients par toutes les voies excepté la voie intraveineuse. Cette nouvelle norme va permettre au CHSLD d'offrir plus facilement ce type de services dont la dialyse péritonéale fait partie, en utilisant des infirmières auxiliaires.

Les coûts estimés sont de : **11 422 \$** pour la formation initiale du personnel et de **266 988 \$** pour le service à 10 patients.

5.9 Croissance rapide au CSSS Richelieu-Yamaska

Tel que souligné précédemment, il apparaît que le CSSS Richelieu-Yamaska doit faire face à une croissance plus forte, du fait que c'est un nouveau centre principal offrant une gamme plus complète de services.

En date du 26 octobre 2011, l'établissement dispose de 18 stations. Les volumes d'activités sont les suivants :

- Nombre de patients en dialyse conventionnelle : 73
- Nombre de patients en dialyse semi-autonome : 5
- Nombre de patients en dialyse péritonéale : 6
- Nombre de patients en clinique de pré-dialyse : 142, soit des patients en stade 4 et 5 en grande majorité donc des patients que le CSSS risque de voir « acheminer prochainement » vers son unité d'hémodialyse.

En effet, avec une croissance de 1.5 patient par mois nous permet de calculer un besoin supplémentaire de 22 stations d'ici à 2015. L'établissement a d'ores et déjà fait une demande pour 7 stations supplémentaires (voir tableau 16).

5.10 Cibles en dialyse au CSSS Haut-Richelieu—Rouville

Afin d'être en mesure de répondre à la demande croissante des besoins de la clientèle, le CSSS compte développer des services en hémodialyse à domicile, rehausser le recours à la dialyse péritonéale et son équipe interdisciplinaire en pré dialyse. Le tableau suivant résume l'aspect financier du projet.

Tableau 15 : Résumé du financement CSSS Haut-Richelieu—Rouville

Projets	Budget de développement	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Dialyse à domicile	225 000 \$	36 000 \$	193 856 \$	470 232 \$	790 987 \$
Patients		6	9	12	14
Dialyse péritonéale	50 000 \$	57 020 \$	129 801 \$	210 795 \$	306 296 \$
Patients additionnels		3	7	11	16
Pré dialyse		52 500 \$	225 000 \$	225 000 \$	225 000 \$
Patients additionnels		80	170	170	170
Total	275 000 \$	145 520 \$	548 657 \$	906 027 \$	1 322 283 \$

5.11 Croissance au CSSS du Suroît

Le CSSS du suroît a également connu une croissance de ces patients entre février 2011 et octobre 2011. En effet, leur nombre de patients est passé de 90 à 102, soit une croissance de 13 % en quelques mois. Ainsi, ils auront besoin d'un budget de fonctionnement additionnel de l'ordre de 398 000 \$ pour y faire face. De plus, nous envisageons une étude de faisabilité en vue de la mise en place d'un centre principal en hémodialyse pour le prochain plan quinquennal d'effectifs médicaux 2015-2020.

6. CIBLES À ATTEINDRE ET RECOMMANDATIONS

En visionnant le tableau 5 identifiant les besoins actuels et futurs, la région s'est rendu compte qu'y répondre va engendrer des coûts faramineux si des actions ne sont pas entreprises.

Pour tenter d'endiguer l'explosion des coûts et par la même occasion d'améliorer la qualité de vie des patients en réduisant le temps consacré au transport, la région s'est fixé deux cibles principales à atteindre d'ici 2015 :

- 15 % des patients incidents en hémodialyse à domicile;
- 15 % des patients incidents en dialyse péritonéale.

Cela va permettre de prendre en charge plus de patients en utilisant moins de ressources humaines, car une infirmière en hémodialyse à domicile peut suivre jusqu'à 25 patients. D'où un ratio de 1/25 au lieu de 1/2,5 en hémodialyse conventionnelle ou 1/5 en hémodialyse semi-autonome.

De plus, un accent est mis sur la prévention avec la volonté d'instaurer un programme de dépistage précoce en collaboration avec la première ligne et de consolider les équipes de prédialyse. Le plus gros volet du plan est en lien avec l'accessibilité aux services qui s'avère problématique dans certains territoires locaux.

La région a également mis l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins en préconisant de se doter d'une structure similaire à celle du CICM au niveau régional dans l'optique d'offrir une formation harmonisée basée sur des données probantes, aux différents professionnels impliqués.

En vertu de tous les éléments qui précèdent, le groupe de travail recommande d'enclencher les travaux visant à mettre en place d'ici 2015 :

- Le projet d'offre de services en suppléance rénale au CSSS Jardins-Roussillon;
- Le projet régional d'hémodialyse à domicile;
- La consolidation des équipes interdisciplinaires en prédialyse;
- Un projet pilote de dépistage précoce;
- La formation régionale en néphrologie;
- Clinique pré et post transplantation rénale;
- Le projet de 3^e centre externe;
- Le projet de dialyse péritonéale en CHSLD;
- La croissance rapide au CSSS Richelieu-Yamaska;
- Les projets de rapatriement de la clientèle;
- Croissance au CSSS du Suroît;
- Cibles en dialyse au CSSS Haut-Richelieu-Rouville.

7. Demande de financement

Voici un résumé du financement estimé requis pour implanter le plan d'action incluant les besoins de rapatriement des autres régions.

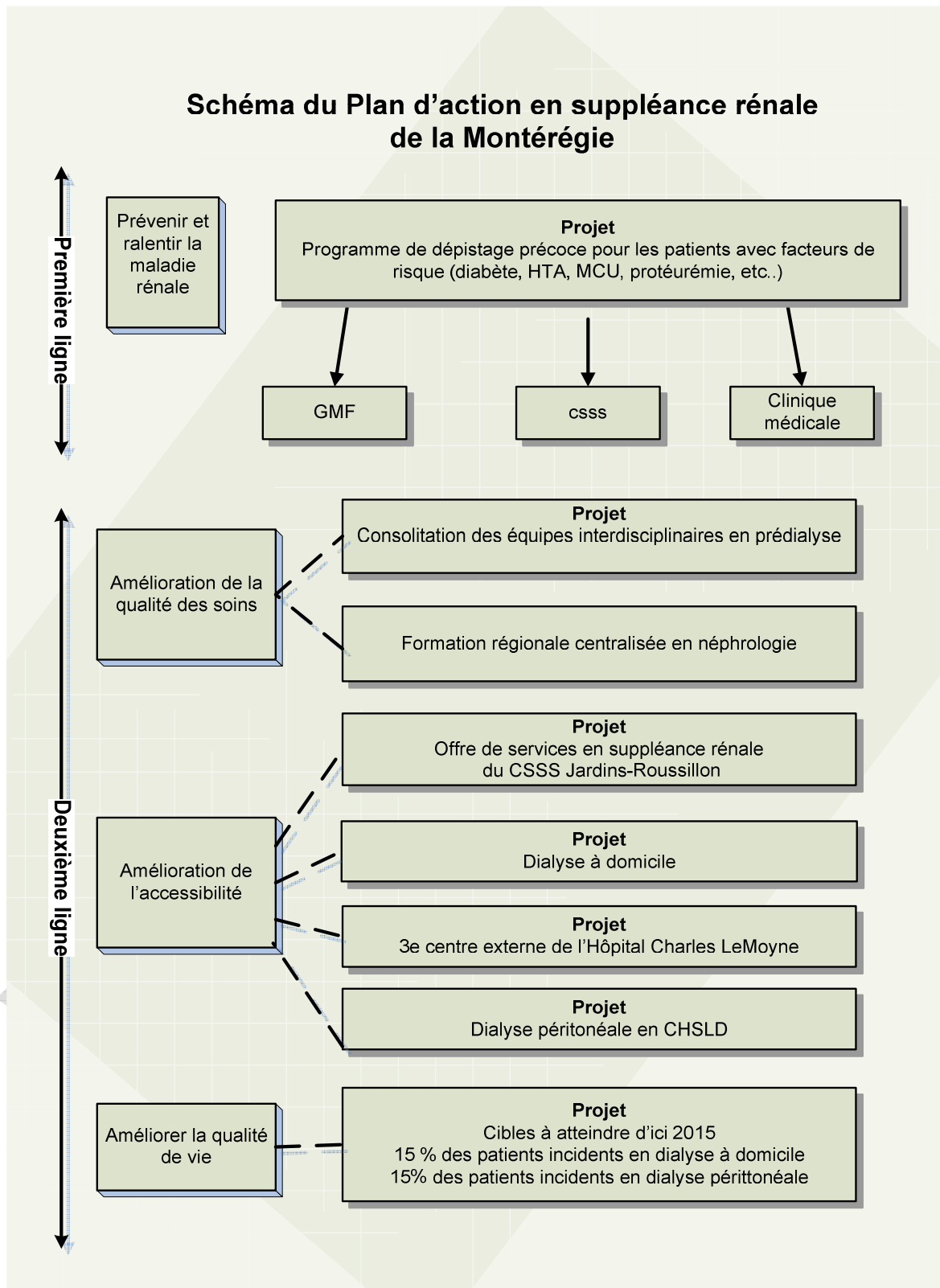
Tableau 16 : Demande de financement global requis pour la région

Projets	Estimé du financement non récurrent pour formation et autres	Estimé du financement non récurrent pour immobilisation et équipements	Estimé du financement requis pour le fonctionnement
Programme de dépistage précoce			106 315 \$
Consolidation des équipes interdisciplinaires en pré-dialyse pour environ 500 patients			352 000 \$
Formation régionale centralisée en néphrologie			89 850 \$
Croissance de la clientèle au CSSS du Suroît			398 412 \$
Hémodialyse à domicile	85 830 \$		341 922 \$
Croissance rapide au CSSS Richelieu-Yamaska		1 789 000 \$*	929 628 \$
Cibles en dialyse au CSSS Haut-Richelieu-Rouville		275 000 \$	1 322 283 \$
Offre de services de suppléance au CSSS Jardins-Roussillon	688 600 \$	1 875 000 \$	7 023 650 \$
Dialyse péritonéale en CHSLD	11 422 \$		266 988 \$
Sous-total projets	97 252 \$	3 939 000 \$	10 831 048 \$
Besoins afférents au projet de rapatriement de certaines activités du CHUM-CUSM			
CSSS du Suroît		415 000 \$*	177 055 \$
CSSS Richelieu-Yamaska		917 738 \$	335 739 \$
CSSS Haut-Richelieu-Rouville		415 000 \$*	209 546 \$
CSSS Champlain--Charles--Le Moyne: potentiel de patients stade 5 en pré-dialyse			2 656 080 \$
CSSS Champlain--Charles--Le Moyne 3 ^e centre externe		1 250 434 \$	3 413 209 \$
Sous-total		2 168 172 \$	6 791 629 \$
Besoins afférents autres rapatriements			
CSSS Haute-Yamaska		736 000 \$*	354 020 \$
CSSS Richelieu-Yamaska		415 000 \$*	136 354 \$
CSSS Champlain--Charles Le Moyne Clinique pré et post-transplantation rénale pour 50 patients	8 165 \$		364 499 \$
CSSS du Suroît		736 000 \$*	282 648 \$
Sous-total rapatriement	8 165 \$	1 887 000 \$	1 137 521 \$
Total	105 417 \$	7 994 172 \$	18 760 198 \$

* Montant conditionnel à une évaluation plus précise

La figure 2 nous résume les principaux éléments du plan

Figure 2 : Schéma du plan d'action



Conclusion

Le présent document résume la situation montréalaise en matière de suppléance rénale et les perspectives de développement à moyen et long terme.

Plusieurs pistes de solutions ont été ciblées pour faire face à la demande grandissante de services, dont des efforts d'efficacité et le développement d'alternatives. Ces dernières présentent l'avantage de diminuer les coûts de transport qui pèsent lourd dans le budget de certains usagers.

La région s'est également montrée proactive en se fixant des objectifs clairs et des cibles à atteindre pour les prochaines années. Elle a mis l'accent sur l'amélioration de la qualité des soins et la prévention afin de retarder le plus possible l'entrée en dialyse et même l'éviter quand cela est possible. Toutefois, malgré les efforts d'efficacité déployés, des projets de développement offrant des places additionnelles seront nécessaires pour suffire à la demande.

Ces projets vont permettre d'améliorer l'accessibilité aux services qui demeure problématique à l'heure actuelle particulièrement dans certains territoires de CSSS.

Ainsi, le plan d'action montréalais consiste en une action concertée avec plusieurs angles visant à atteindre nos objectifs, soit l'amélioration de l'accessibilité et des pratiques.

Bibliographie

- Buck, J., Baker, R., Canaby, A.-M., Nicholson, S., Peters, J., & Warwick, G. (2007). Why do patients known to renal services still undergo urgent dialysis initiation? A cross-sectional survey. *Nephro Dialysis Transplant*, 22, 3240-3245.
- Curtis, B. M., Ravani, P., Malberti, F., Kenett, F., Taylor, P. A., Djurdjev, O., et al. (2005). The short- and long-term impact of multi-disciplinary clinics in addition to standard nephrology care on patient outcomes. *Nephro Dialysis Transplant*, 20, 147-154.
- Department of Health, S. o. W. A. (2007). *Chronic Kidney Disease Model of Care*. Direction de santé publique de la Montérégie. (février 2010). Données de l'équipe de surveillance.
- Institut canadien d'information sur la santé. (janvier 2011). traitement du stade terminal de l'insuffisance rénale organique au Canada, de 2000 à 2009. *Rapport annuel du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes*, 31.
- Just, P., de Charro, F. T., Tschosik, A. E., Noe, L. L., Bhattacharyya, S. K., & Riella, M. C. (2008). Reimbursement and economic factors influencing dialysis modality choice around the world. *Nephro Dialysis Transplant* (1-9).
- Kéough-Rayan, R. P., Hewlett, & Shapiro, . (2010).
- Loubeau, P. R., Loubeau J.M. , Jantzen R. . (2001). The economics of kidney transplantation versus Hemodialysis. *Progress in transplantation*, 11(4), 291-297.
- McFarlane, P., & Culleton, B. (2008). La néphropathie chronique en présence de diabète. *Canadian Journal of diabetes*, 32, Supplément 1, S 139-S147.
- Mendelssohn, D. C., Toffelmire, E. B., & Levin, A. (2006). Attitudes of canadian nephrologists toward multidisciplinary team-based CKD clinic care. *American Journal of Kidney Diseases*, 47(2), 277-284
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2006). Documents d'orientation: Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : l'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par les traitements de dialyse. . 11.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2006). Documents d'orientation: Accès aux services pour les personnes atteintes de maladies chroniques : l'organisation des services de néphrologie et de suppléance rénale par les traitements de dialyse. . 56.
- Perovic, S., Jankovic S. , . (2009). Renal transplantation versus hemodialysis: Cost-effectiveness analysis. *Vojnosanit Pregl.*, 66(8), 639-644.
- Roderick P. , D. R., Jones C., . (2002). Cost given. *Predicting the futur Demand for Renal Replacement Therapy in England*, BRS Workforce Planning Group.
- Roy, D. (2008). La gouvernance clinique dans un système complexe: la lutte contre le cancer en Montérégie. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(3), 227-230.
- Sands, J. J. (2006). Disease management improves end-stage renal disease outcomes. *Blood Purif*, 24, 394-399.
- Shu-Yi, W., Chang, Y.-Y., Mau, L.-W., Chiu, H.-C., Tsai, J.-C., Huang, C.-J., et al. (2010). Chronic kidney disease care program improves quality of pre-end-stage renal care and reduces medical costs. *Nephrology*, 15, 108-115.
- Smith, A. (Ed.). (2010). *Recension des écrits pour la suppléance rénale*. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie.

ANNEXE 1 :
PROVENANCE DES PATIENTS
PAR TERRITOIRE DE CSSS

Provenance des patients par territoire de CSSS

Patients par territoire de CSSS	Patients traités hors région				Patients traités en Montérégie										Total		Rétention de la clientèle en %			
	Traités à Montréal		Traités à Sherbrooke		Traités à l'hôpital Charles-LeMoine		Patients des différents CSSS					Patients des différents CSSS					Dialyse	Prédialyse	Dialyse	Prédialyse
	Dialyse	Prédialyse	Dialyse	Prédialyse	Hémodialyse conventionnelle et semi-autonome + péritonéale	Prédialyse	Dialyse					Prédialyse								
CSSS Jardin-Roussillon	49	93			54	86			8		8	2				8	119	189		
CSSS Pierre-Boucher	20	21			120	231		1		6		8				5	147	265	76%	79%
CSSS Champlain	33	27			127	195						7				2	160	231		
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	6	3			2	5	1		90			1	4			144	99	157	94%	98%
CSSS Haute-Yamaska		1	8	20		1	38		2				78				48	100	84%	74%
CSSS la Pommeraie			2	11			7		6				4			10	15	25		
CSSS Richelieu-Yamaska	10	33	3	5	15	53		55	3			94	2				86	187	85%	80%
CSSS Pierre-De Saurel					2	3				37						33	39	36	100%	100%
CSSS Vaudreuil-Soulanges	9	28												34		10	43	38		
CSSS du Suroît		1				4								36		17	36	23	86%	57%
CSSS du Haut-St-Laurent	4					1			1					12		5	17	7		
Total	131	207	13	36	320	579	46	56	110	43	90	112	88	32	38	166	809	1258	82%	81%

Source : Infirmières chef, dialyse des différents établissements, 1er avril au 30 septembre 2010. À utiliser en tenant compte du fait que tous les établissements extérieurs à la Montérégie ne sont pas forcément dotés du logiciel Néphrocare. Donc pour certains centres de dialyse ce n'est qu'une photo à temps X où l'information nous a été fournie.

Légende

- Hôpital Charles-LeMoine
- CSSS Haut-Richelieu-Rouville
- CSSS Haute-Yamaska
- CSSS Richelieu-Yamaska
- CSSS Pierre-De Saurel
- CSSS du Suroît

ANNEXE 2 :
CALCUL DU NOMBRE DE STATIONS
REQUISES POUR LA RÉGION

Méthodologie de calcul du nombre de stations de dialyse requises régionalement

Une station de dialyse utilisée de façon optimale permet d'offrir 780 traitements par année.

On considère comme optimal, la plage horaire de soir utilisée à 50 %. 1 station offre 2,5 traitements par jour 6 jours/7 pendant 52 semaines ($2,5 \times 6 \times 52 = 780$).

Or, nous devrions desservir tous nos usagers même ceux à l'extérieur. Cela correspond à un total de $628 + 144 = 772$ patients qui requièrent 156×772 traitements par année, donc 120 432 traitements. Or une station peut offrir 780 traitements. D'où un besoin actuel de 155 stations régionalement.

La région en compte 127, soit un déficit de 28 stations.

ANNEXE 3
RÉPARTITION DES PATIENTS MONTÉRÉGIENS
DANS LES HÔPITAUX DE MONTRÉAL

**PATIENTS EN DIALYSE* DANS LES HÔPITAUX DE MONTRÉAL
PAR TERRITOIRE DE CSSS au 31 mars 2010**

Patients par territoire de CSSS	CHUM Notre-Dame	Hôpital général de Montréal	CHUM St-Luc	Hôpital Maisonneuve Rosemont	Hôpital Royal Victoria	Ste-Mary Hospital	Hôpital de Verdun	Hôpital général du Lakeshore	Total
CSSS Jardin-Roussillon	7	5	2		7	6	21	1	49
CSSS Pierre-Boucher	8	2	5	3	2				20
CSSS Champlain	7	12	2		11	1			33
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	4	1	1						6
CSSS Haute-Yamaska									
CSSS Richelieu-Yamaska	7			1	2				10
CSSS Vaudreuil-Soulanges			1			2		6	9
CSSS du Suroît									
CSSS la Pommeraie									
CSSS du Haut-St-Laurent		2			2				4
CSSS Pierre-De Saurel									
Total	33	22	11	4	24	9	21	7	131

*Par dialyse on entend Hémodialyse et dialyse péritonéale

**PATIENTS EN PRÉDIALYSE DANS LES HÔPITAUX DE MONTRÉAL
PAR TERRITOIRE DE CSSS au 31 mars 2010**

Patients par territoire de CSSS	CHUM Notre-Dame	Hôpital général de Montréal	CHUM St-Luc	Hôpital Maisonneuve Rosemont	Hôpital Royal Victoria	Ste-Mary Hospital	Hôpital de Verdun	Hôpital général du Lakeshore	Total
CSSS Jardin-Roussillon	9	5	4	1	7	1	66		93
CSSS Pierre-Boucher	14	1	2	2	2				21
CSSS Champlain	11	8	1	1	5	1			27
CSSS Haut-Richelieu-Rouville	2				1				3
CSSS Haute-Yamaska	1								1
CSSS Richelieu-Yamaska	31		2						33
CSSS Vaudreuil-Soulanges	2				2	1		23	28
CSSS du Suroît	1								1
CSSS la Pommeraie									
CSSS du Haut-St-Laurent									0
CSSS Pierre-De Saurel									
Total	71	14	9	4	17	3		23	207

Source : Infirmières-chef, dialyse des différents établissements, 1er avril au 30 septembre 2010. À utiliser en tenant compte du fait que tous les établissements extérieurs à la Montérégie ne sont pas forcément dotés du logiciel Néphrocare. Donc pour certains centres de dialyse ce n'est qu'une photo à temps X où l'information nous a été fournie.

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie**

Québec 

Agence de la santé et des services
Sociaux de la Montérégie
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3