

**Master 2^{ème} année
Management Sectoriel, Parcours « Management
des Organisations Soignantes »**

Projet managérial

Mise en place de l'hémodialyse en chambre pendant
l'hospitalisation, quel accompagnement managérial ?

ECUE 7.2
Abdenour KHELIL
Patrick FARNAULT

Daniela DUMAS
Année 2024/2025

Université Paris-Est Créteil Val-de-Marne

Note aux lecteurs

Les travaux des étudiants du Master Management des Organisations Soignantes de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble de mes enseignants pour leur accompagnement au cours de ces deux années riches en apprentissages notamment Madame Clémence ZACHARIE, Monsieur Jean-Paul DUMOND, Monsieur Mathias BEJEAN, Monsieur Xavier MARCHAND, Madame Virginie LE BASTARD. Mes remerciements les plus sincères vont à Monsieur Abdenour KHELIL et Monsieur Patrick FARNAULT pour leur soutien constant et leur bienveillance tout au long de l'élaboration de mon projet managérial. Je remercie chaleureusement l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'ESM pour sa disponibilité et son engagement.

Ma reconnaissance va également à la Professeure Emmanuelle PLAISIER, cheffe du service d'hospitalisation, pour son soutien quotidien, ainsi qu'à toute l'équipe du service d'hospitalisation de L'AURA Paris, sans oublier les patients qui ont accepté de répondre aux questionnaires.

Un grand merci à l'équipe de L'AURA Paris qui a contribué à la réussite de ce projet, en particulier Jean-Philippe AGOSTINI, Dr Hafedh FESSI, Célia LACOCHE, Patrice LAUNAY, Kamal MOUBAKIR, Florence QUENTIER, Sandrine THOMAS et le Pr Ziad MASSY.

Enfin, je remercie ma famille pour son amour et son soutien indéfectible : Astou, Hilary, Machartley et Yann.

À ma mère, Inélia DUMAS, à qui je dédie ce travail : merci encore, maman !

Sommaire

Liste des abréviations	3
Introduction	5
1 Présentation de l'association	6
1.1 Le cadre institutionnel	6
1.2 L'offre de soins et le cadre réglementaire	6
1.3 Le cadre environnemental	7
1.4 La présentation du service d'hospitalisation	8
1.4.1 Organigramme du service	9
1.4.2 L'organisation du service d'hospitalisation	9
1.4.3 Les pathologies prises en charge	9
1.4.4 Objectifs du service pour l'année 2023	9
1.5 Les points forts de l'association	10
1.6 Les engagements et missions de l'association	10
2 Le cadre conceptuel	13
2.1 Quelques définitions	13
2.2 La maladie rénale en France et dans le monde	14
2.3 Les causes de la maladie rénale	16
2.4 Les examens complémentaires de l'insuffisance rénale	16
2.5 Les mesures de protection rénale et les traitements	16
2.6 Les différentes techniques de dialyse	17
2.6.1 La dialyse péritonéale	17
2.6.2 L'hémodialyse	17
2.7 La réglementation de l'hémodialyse en France	17
2.8 Le coût annuel de la dialyse en France	18
2.9 Les recommandations scientifiques	18
2.10 Le parcours de soins	18
2.11 Le parcours de soins en hospitalisation	19
2.11.1 Avis personnel sur le parcours de soins en hospitalisation	21
3 Le contexte d'émergence	21
3.1 Le choix de la technique et du matériel	22
3.2 Comparaison entre les deux techniques d'hémodialyse	22
3.2.1 L'hémodialyse conventionnelle en centre	22
3.2.2 L'hémodialyse fréquente et courte à bas débit	22
3.3 Les avantages de la dialyse en chambre pour le patient	23
3.4 L'intérêt pour les soignants	24
3.5 Le changement	25
3.6 Les impacts d'un changement mal accompagné	25
3.6.1 La perte de l'esprit d'équipe	25

3.6.2	La perte de sens au travail.....	25
3.6.3	La résistance au changement	26
3.6.4	Les risques psycho-sociaux	26
3.7	Le changement organisationnel	26
3.8	La conduite du changement.....	26
4	Le projet	27
4.1	La méthodologie : Le Kit du chef de projet d'Hugues Marchat	27
4.2	La phase Préparer	28
4.2.1	La commande du commanditaire.....	28
4.2.2	La note de cadrage.....	28
4.2.3	Le plan de communication	30
4.2.4	Réunion d'information/construction du planning détaillé	30
4.2.5	Le chiffrage des coûts	30
4.2.6	L'analyse des risques	31
4.2.7	Validation du cadrage du projet	37
4.3	La Phase Piloter	37
4.3.1	Mettre à jour la planification	37
4.3.2	Démarrage de la dialyse en chambre	41
4.3.3	Assurer le reporting	42
4.3.4	Les freins et les limites rencontrés	44
4.3.5	L'accompagnement du changement organisationnel	45
4.3.6	Les expériences apprenantes	46
4.3.7	Retour d'expérience sur les freins culturels	46
4.3.8	Retour d'expérience sur les freins organisationnels.....	47
4.3.9	La stratégie d'action.....	47
4.3.10	De la dynamique de groupe à la cohésion d'équipe.....	47
4.3.11	Le processus du développement de la cohésion d'équipe.....	50
4.4	La phase Progresser.....	53
5	L'évaluation/le bilan/les réajustements/la conclusion	53
5.1	L'évaluation du projet.....	53
5.1.1	Les indicateurs de suivi	53
5.1.2	Analyse des indicateurs.....	55
5.2	Le bilan du projet	57
5.2.1	Ce qui a fonctionné	57
5.2.2	Ce qu'il faut améliorer.....	58
5.3	Et si c'était à refaire ?.....	59
	Conclusion	60
	Bibliographie.....	61
	Table des annexes	0

Liste des abréviations

A
AURA : Association pour l'utilisation du rein artificiel
LADAPT : L'Association pour l'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées
AM : Après-midi
APP : Aura Paris Plaisance
AS : Aide-soignant
ASH : Agent du Service Hospitalier
B
BK : Bluekango
C
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CDU : Commission des usagers
CH : Chambre
Cm : Centimètre
COFRAC : Comité français d'accréditation
COPIL : Comité de pilotage
CSS : Cadre supérieur de santé
D
DARES : Direction de l'animation des recherches, des études et de la statistique
DAF : Directeur administratif et financier
DFG : Débit de filtration glomérulaire
DMS : Durée moyenne de séjour
DP : Dialyse péritonéale
DPA : Dialyse péritonéale automatisée
DPCA : Dialyse péritonéale continue ambulatoire
DFMSA : Diplôme de formation médicale spécialisée approfondie
E
ESM : Ecole de santé Montsouris
ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : Equivalent temps plein
F
FAV : Fistule-artério-veineuse
FID : Formation infirmier en dialyse
G
GB : Globule blanc
GR : Globule rouge
H
HAS : Haute autorité de santé
HD : Hémodialyse
HDF : Hémodiafiltration
HDD : Hémodialyse à domicile
HDDQ : Hémodialyse quotidienne à domicile
I
IAE : Institut d'administration des entreprises
IC : Insuffisance cardiaque
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IFSI : Institut de formation en soins infirmiers
INRS : Institut national de recherche et de sécurité
IRC : Insuffisance rénale chronique
ISO : Organisation internationale de normalisation
K
KT : Cathéter
KDIGO: Kidney disease Improving Global Outcomes

L
L/M/V : Lundi, mercredi, vendredi
M
M/J/S: Jeudi, mardi, samedi
MRC : Maladie rénale chronique
MCO : Médecine chirurgie obstétrique
MOS : Management des organisations soignantes
O
OPDC : Organisme de développement professionnel continu
P
PADD : Pôle autonomie dialyse à domicile
PC : Personal computer
PM : Projet Managérial
PPS : Plan personnalisé de santé
Q
QVT : Qualité de vie au travail
Qualiopi : Marque de certification des qualités prestataires
R
RPS : Risques Psychosociaux
RSE : Responsabilité Sociétale des Entreprises
RH : Ressources Humaines
Récap : Réseau national de recherche en épidémiologie clinique et en santé publique
RETRO : Etude rétrospective
S
SMR : Soins médicaux et de réadaptation
SWOT: Strength, weaknesses, opportunités et threats
T
TDB: Tableau de bord
TTT: Traitement
U
UDM : Unité de Dialyse Médicalisée
UAD : Unité de Dialyse à Domicile

Introduction

Dans un contexte marqué par l'évolution constante de la médecine et les réformes successives du système de santé, les établissements de soins doivent repenser leurs modèles de prise en charge. Cette dynamique impose une amélioration continue des pratiques soignantes, ainsi qu'une capacité d'adaptation permanente afin de garantir la qualité des soins et l'efficacité des organisations.

Depuis plusieurs années, ces transformations entraînent des mutations profondes au sein des structures qui doivent faire face à des changements multiples : culturels, environnementaux, organisationnels, structurels, technologiques et stratégiques.

L'association L'AURA Paris s'inscrit pleinement dans cette dynamique de transformation. Pour répondre à ces enjeux, une nouvelle stratégie a été déployée, fondée sur des concepts permettant de réinterroger et d'ajuster les missions de l'organisation. Dans cette optique, plusieurs projets structurants ont été initiés, incarnant concrètement cette volonté d'évolution.

Ainsi en 2023, L'AURA Paris a construit son projet d'établissement intitulé « *Stratégie de L'AURA Paris 2023-2027 ; Plan de Solidarité Régionale des Maladies Rénales Chroniques* ».

Je suis cadre de santé au service de néphrologie à L'AURA Paris sur le site de Plaisance dans le 14^{ème} arrondissement. Peu de temps après ma prise de fonction, en octobre 2023, le Directeur général de l'association, en concertation avec la cheffe de service, m'a missionnée pour le développement de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation.

Je suis également étudiante à l'ESM depuis septembre 2023 en formation continue. Après avoir validé mon Master 1 en Management des Organisations Soignantes, j'ai poursuivi en Master 2. Dans le cadre de ce master, le projet pédagogique s'articule autour de la réalisation d'un projet managérial. C'est dans cette perspective que j'ai répondu à la commande formulée par ma direction, portant sur la thématique suivante : « *Mise en place de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation : quel accompagnement managérial ?* »

Ce travail vous sera présenté en plusieurs parties :

Dans la première partie, nous allons présenter l'entreprise, son implantation dans le bassin de vie, son environnement, ses missions et ses engagements.

Dans la 2^{ème} partie, nous vous présentons un préambule sur la néphrologie, les maladies rénales chroniques, leurs incidences en France et dans le monde, les modalités de prise en charge, ainsi que le parcours de soins.

Dans la 3^{ème} partie, nous aborderons le contexte d'émergence du projet, le changement organisationnel.

Dans la 4^{ème} partie, nous allons nous concentrer sur la mise en place du projet proprement dit, son déroulement ainsi que l'accompagnement managérial pour mener à bien le projet.

Dans la 5^{ème} partie, nous aborderons l'évaluation, le bilan du projet, les réajustements si nécessaire et la conclusion.

¹ Source site de L'AURA Paris Consulté le 27 novembre 2024 ; <https://auraparis.org/fr/>.

1 Présentation de l'association

1.1 Le cadre institutionnel

²L'AURA Paris est une association privée à but non lucratif, sous le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC).

Elle a été créée en 1967 à l'initiative du Pr Jean HAMBURGER, néphrologue, avec l'appui des autorités de la Sécurité Sociale et de l'Assistance Publique ayant respectivement pour directeur monsieur BRETON et monsieur MAMELON.

L'association souhaite aujourd'hui engager une transformation statutaire afin de devenir une Fondation Reconnue d'Utilité Publique (RUP). Cette évolution est guidée par la volonté de pérenniser et de renforcer notre mission au service des personnes atteintes de maladies rénales en Île-de-France, en inscrivant irrévocablement notre action dans une démarche d'utilité publique, en complément de son agrément par le ministère de la Santé d'établissement participant à l'intérêt collectif.

1.2 L'offre de soins et le cadre réglementaire

L'AURA Paris est spécialisée dans le domaine de la néphrologie. Sa mission principale est la prise en charge des pathologies rénales, de la prévention aux différentes modalités de traitement, jusqu'à l'accompagnement en fin de vie. L'association est pionnière dans la dialyse et surtout dans la mise en place de l'hémodialyse et la dialyse péritonéale à domicile en Île-de-France, et de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation.

L'AURA Paris est positionnée comme un acteur-clé et un partenaire incontournable de la dialyse en Île-de-France, reconnu notamment par l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) avec laquelle nous collaborons étroitement. En tant que membre de l'association *French Health Care*, elle-même rattachée au ministère des Affaires étrangères, nous affirmons notre place dans le secteur de la santé en France et notre engagement à l'échelle nationale et internationale.

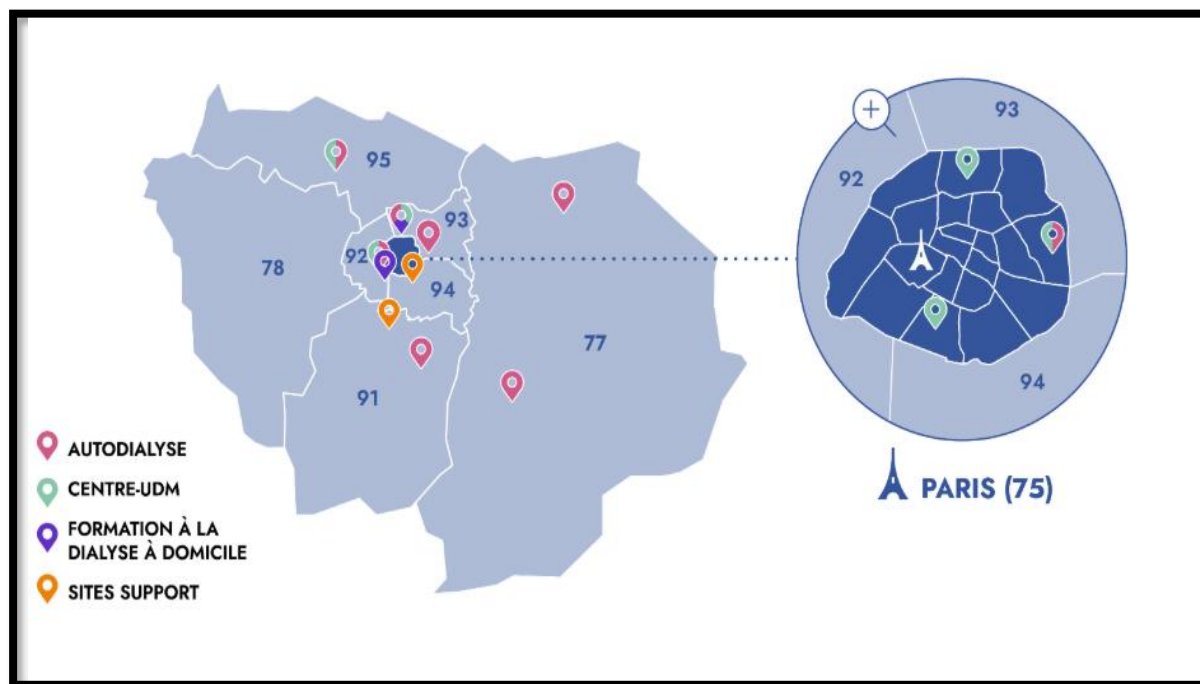
L'AURA Paris est autorisée conformément à l'article 6123-54 du Code de la Santé Publique pour les modalités suivantes :

- 2 centres lourds d'hémodialyse pour un total de 70 postes ;
- 5 Unités de Dialyse Médicalisée pour un total de 88 postes ;
- 5 unités d'auto-dialyse assistée (UAD) (49 postes) ;
- 2 unités de dialyse à domicile : DPA/DPCA/HDD ;
- 26 lits d'hospitalisation SMR – Médecine - Hospitalisation de Jour ;
- 1 centre de formation reconnu ;
- 1 plateforme logistique.

Grâce à ses 11 sites d'implantation en Île-de-France et à ses partenaires, l'association assure un service de proximité lui permettant une couverture régionale étendue. En effet, L'AURA Paris est présente dans tous les départements de la région comme vous allez le constater dans la figure suivante.

² Source site de L'AURA Paris Consulté le 27 novembre 2024 ; <https://auraparis.org/fr/>.

1.3 Le cadre environnemental



³Figure 1

L'AURA Paris a son siège à Ivry-sur-Seine dans le département du Val-de-Marne.

AURA Plaisance est situé dans le 14^{ème} arrondissement de Paris.

AURA Bichat est situé dans le 18^{ème} arrondissement de Paris dans les locaux de l'hôpital Bichat.

AURA Pelleport est situé dans le 20^{ème} arrondissement de Paris.

AURA Saint-Ouen est situé dans le département de la Seine-Saint-Denis.

AURA Pontoise est situé dans le département du Val d'Oise.

AURA Châtillon est situé dans les locaux de LADAPT dans le département des Hauts-de-Seine.

Le Pôle Autonomie dialyse à domicile de L'AURA Paris, le PADD, est situé sur la commune de Montrouge.

Les Unités départementales de L'AURA Paris sont situées à Corbeil-Essonnes, Melun, Meaux, Montreuil et Pontoise.

Le centre de formation de L'AURA Paris, le FID, situé au siège de l'association, est certifié COFRAC QUALIOP1 et référencé Datadock¹ et ODPC². Créé en 1995, il est composé d'une équipe d'ingénierie pédagogique en santé et d'intervenants pluridisciplinaires experts dans le domaine de la néphrologie, en constante recherche d'innovation et veille professionnelle.

³ Figure 1 les différents sites de L'AURA Paris Source site de AURA Paris Consulté le 27 novembre 2024 ; <https://auraparis.org/fr/>.

L'association dispose d'une plateforme logistique située dans l'Essonne, à Verrières-le-Buisson, avec un espace de stockage d'environ 1500 m² pour gérer toutes ses activités :

- Préparation des commandes patients hémodialysés à domicile ;
- Préparation des commandes patients en dialyse péritonéale à domicile ;
- Préparation des commandes patients pour leur séjour vacances y compris à l'étranger ;
- Préparation des commandes pour toutes nos unités d'auto-dialyse ;
- Préparation des commandes pour nos centres de formation.

L'AURA Paris est la première association de dialyse qui propose également une prise en charge dans **un service d'hospitalisation** que je coordonne.

1.4 La présentation du service d'hospitalisation



⁴ *Figure 2*

Le service d'hospitalisation est composé :

- d'une équipe médicale comprenant la cheffe de service, quatre médecins néphrologues et trois internes DFMSA néphrologie ;
- d'une équipe paramédicale placée sous la responsabilité du directeur des soins comprenant une cadre de santé, une infirmière référente, treize infirmières, treize aides-soignants, deux kinésithérapeutes, une diététicienne, deux brancardiers. Cette équipe est renforcée par deux ASH, une assistante sociale, une psychologue, deux secrétaires médicaux et un secrétaire administratif.

⁵Le service d'hospitalisation collabore étroitement avec l'équipe des unités de soins palliatifs de la maison médicale Jeanne-Garnier, les médecins psychiatres, ainsi que les services de laboratoire et de radiologie de l'hôpital Saint-Joseph.

⁴ Site de L'AURA Paris Plaisance ; source site internet de L'AURA PARIS, consulté le 27/11/2024.

⁵ La maison médicale Jeanne-Garnier est un établissement de soins palliatifs, fondé en 1874 situé dans 15^{ème} arrondissement de Paris et l'Hôpital Saint-Joseph est un ESPIC situé dans le 14^{ème} arrondissement.

1.4.1 Organigramme du service

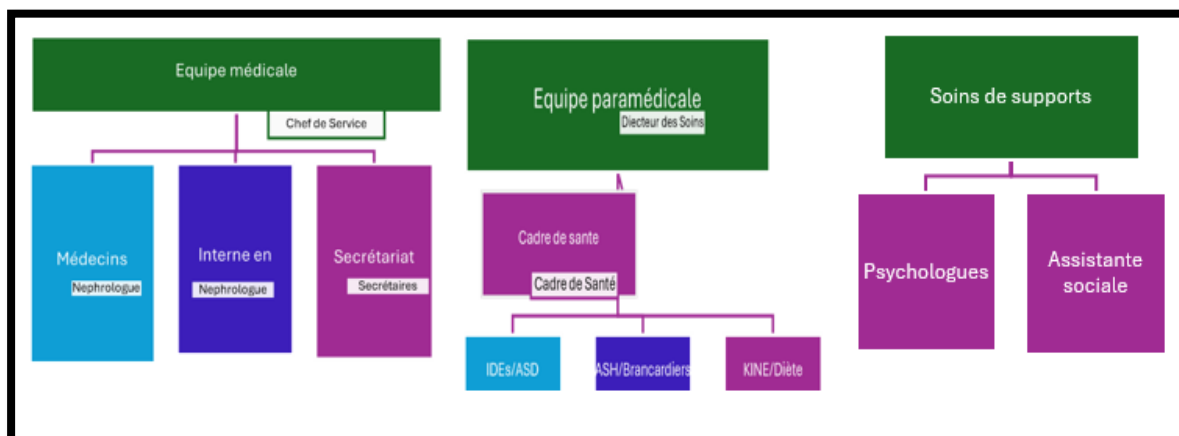


Figure 3

1.4.2 L'organisation du service d'hospitalisation

Le service d'hospitalisation de L'AURA Paris a une capacité de 26 lits répartis ainsi :

- Douze lits de médecine ;
- Douze lits de Soins Médicaux et de Réadaptation ;
- Deux lits d'Hospitalisation De Jour ;
- D'une salle de convivialité pour les patients et les familles, d'une salle de rééducation.
- Le service est également adapté pour l'hémodialyse en chambre et la dialyse péritonéale.

1.4.3 Les pathologies prises en charge

Notre prise en charge s'adresse aux patients atteints de maladies rénales aiguës et chroniques (MRC) des stades 1 à 5, incluant les patients en traitement de suppléance rénale HD/DP et les traitements conservateurs de la MRC.

Nous assurons une prise en charge globale, diagnostique et thérapeutique, des maladies rénales aiguës et chroniques. Celle-ci inclut le traitement des complications, y compris des comorbidités associées, en hospitalisation complète (MCO) ou en hôpital de jour (HDJ). Nous proposons également une réhabilitation en soins médicaux et de réadaptation (SMR) après un épisode aigu, la continuité des traitements dialytiques, ainsi qu'un accompagnement palliatif adapté.

1.4.4 Objectifs du service pour l'année 2023

Consolider nos forces et renforcer nos expertises à travers les actions suivantes :

- 1- Améliorer la prise en charge du patient de la prévention primaire jusqu'à la sortie ;
- 2- S'engager dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ;
- 3- Développer l'activité de l'hémodialyse en chambre.

⁷Dans le projet d'établissement (Projet stratégique de L'AURA 2023-2027), des travaux de restructuration sont prévus dont l'extension du service de l'hospitalisation avec l'ouverture de 16 lits supplémentaires.

⁶ Organigramme du service ; source , création personnelle.

⁷ Stratégie de L'AURA Paris 2023-2027 ; source , projet d'établissement de L'AURA 'Plan de Solidarité Régionale des Maladies Rénales Chroniques'.

1.5 Les points forts de l'association

- L'AURA Paris a été certifiée par la HAS en juillet 2024 en qualité de soins confirmée. Le dernier rapport de certification fait état de résultats remarquables dans trois indicateurs : 99% de satisfaction des patients, les équipes de soins ont satisfait aux exigences du référentiel de la HAS à 92% et l'établissement à 91%.
- L'association offre une gouvernance solide avec un conseil d'administration composé de quinze membres, divisé en trois collèges : médecins, représentants des usagers et personnalités qualifiées garantissant une gestion transparente et responsable.
- L'association dispose d'une expertise reconnue, elle est membre actif de l'association française des établissements de santé, placée sous l'égide du ministère des Affaires étrangères.
- L'association assure une couverture régionale étendue en soins grâce à des partenariats stratégiques sur le territoire. En effet, L'AURA Paris compte trente-cinq accords de collaboration avec les principaux opérateurs de santé, tels que l'Institut Gustave-Roussy et les hôpitaux publics.
- L'AURA Paris est composée d'un personnel compétent, soit 500 employés, dont cinquante néphrologues et des infirmiers de pratiques avancées (IPA) déployés sur tous les sites pour la prise en charge.
- La direction des Plaidoyers, de la RSE et du développement durable est très impliquée dans la qualité et les conditions de vie au travail des salariés et le développement durable au sein de l'association.
- Conformément à la réglementation, l'association a mis en place une commission des usagers composée de plusieurs membres qui se réunit à minima quatre fois par an. Pour renforcer l'action de cette commission, L'AURA Paris vient de créer une amicale des patients et des aidants. Un membre de la CDU participe au conseil d'administration et dispose d'un droit de vote.
- L'AURA Paris participe activement à la formation des professionnels de santé, elle a noué des partenariats avec plusieurs IFSI et CHU.

1.6 Les engagements et missions de l'association

Depuis sa création, L'AURA Paris s'est dédiée à la prise en charge des patients insuffisants rénaux, guidée par des valeurs essentielles qui définissent chacune de ses actions :

- **Contribuer à affirmer la santé comme bien public** : Nous croyons que la santé est un bien commun et défendons une approche solidaire et accessible pour tous.
- **Agir pour le bien commun** : L'AURA Paris œuvre pour l'intérêt collectif en promouvant des actions qui améliorent l'accès et la qualité des soins pour toutes les personnes en situation de soins.
- **Reconnaître les capacités des professionnels de santé et des patients** : Nous valorisons et soutenons les professionnels de santé, piliers de notre association, et œuvrons pour leur développement garantissant une intégration harmonieuse et leur montée en compétences pour construire collectivement un label d'excellence des pratiques soignantes et un engagement cœur de métier.

- **Faire progresser les métiers de la santé et l'excellence des pratiques :** L'AURA Paris encourage l'innovation et soutient la recherche scientifique, notamment dans les traitements de l'insuffisance rénale, valorisant le partage des connaissances pour toujours offrir la meilleure prise en charge de ses patients. Elle entend développer par l'innovation, la recherche scientifique et promouvoir le partage des savoirs théoriques et expérimentiels. L'AURA Paris est positionnée comme un contributeur de la formation initiale (enseignements universitaires) et continue des professionnels de santé en néphrologie et dialyse, notamment avec la création d'un Diplôme universitaire (DU) Maladie Rénale Chronique 5D à l'université Paris-Saclay.
- **Respect et dignité des patients :** Chaque patient mérite d'être traité avec dignité et respect. Nous nous engageons à écouter les besoins de nos patients et de leurs proches, les impliquant activement dans leurs parcours de soins.

Ces valeurs constituent le socle de notre association et inspirent toutes nos actions. Dans cet esprit, nous mettons un point d'honneur à garantir l'écoute, le soutien et l'inclusion des patients et de leurs aidants dans notre gouvernance, contribuant ainsi à une amélioration continue de la qualité des soins.

Dans le cadre du plan gouvernemental « **Ma Santé 2022** », les maladies rénales chroniques (MRC) et leur prévalence ont été identifiées comme une priorité de santé publique. Fidèle à ses engagements, l'association L'AURA Paris s'inscrit pleinement dans cette dynamique, plaçant ses compétences cliniques au service de cette cause nationale.

⁸Grâce à son expertise reconnue en MRC et en dialyse, L'AURA Paris est aujourd'hui un acteur de référence dans le domaine. Son réseau s'est consolidé au fil des années par le biais de partenariats avec les hôpitaux publics universitaires et les établissements privés, lui permettant de renforcer ses capacités de traitement et d'élargir son champ d'action. En 2022, plus de 2.200 patients ont été pris en charge par l'association.

Dans ce contexte de forte activité et face aux enjeux croissants de santé publique, il devenait nécessaire de moderniser le modèle de soins en néphrologie et en dialyse. Ce tournant stratégique a été amorcé en janvier 2023 avec l'arrivée d'une nouvelle Direction générale, qui a impulsé une dynamique de transformation. Dès le premier trimestre 2023, des travaux ont été engagés afin de définir de nouvelles orientations stratégiques, adoptées en avril 2023 par le Conseil d'administration. Celles-ci visent à répondre à plusieurs défis majeurs :

- Le manque persistant d'information, de prévention et de prise en charge précoce de l'insuffisance rénale chronique ;
- Le retard de développement de la dialyse autonome en Île-de-France ;
- La pénurie de médecins spécialistes en néphrologie ;
- Le désengagement progressif des professionnels paramédicaux, confrontés à une perte de sens, un épuisement professionnel et une baisse du niveau de formation technique et pratique ;
- Les enjeux environnementaux croissants, et les attentes en matière de responsabilité sociétale et écologique.

⁹Dans ce cadre, L'AURA Paris a élaboré son **Plan de Solidarité Régional des Maladies Rénales Chroniques 2023-2027**. Ce plan constitue une première réponse à la question centrale :

⁸ *Stratégie de L'AURA Paris 2023-2027 ; source, projet d'établissement de L'AURA 'Plan de Solidarité Régionale des Maladies Rénales Chroniques'.*

« Comment instaurer dans notre système de santé un modèle de soins capable de prévenir l'insuffisance rénale chronique grâce à un suivi longitudinal des patients exposés à des déterminants de santé majeurs, depuis la prévention primaire jusqu'à la fin de vie, en incluant l'accès à la greffe ? »

Pour y répondre, L'AURA Paris définit plusieurs axes d'actions prioritaires :

- **Développer et pérenniser une offre de soins territoriale cohérente**, en structurant des filières MRC intégrées, notamment par le renforcement des protocoles de coopération et des conventions avec les partenaires institutionnels ;
- **Accompagner l'évolution du modèle de soins de l'insuffisance rénale chronique (IRC)**, en intégrant les nouveaux besoins des patients et des professionnels ;
- **Renforcer les transversalités entre les secteurs sanitaire, social et médico-social**, afin de garantir un accès équitable aux soins, en particulier pour les populations **les plus vulnérables**.
- **Favoriser l'innovation technique et organisationnelle**, pour promouvoir et soutenir l'autonomie du patient dans son parcours de soins.

Cette stratégie commence à porter ses fruits. En 2024, l'association a assuré la prise en charge de **4.486 patients**, dont **1.881 patients dialysés** (parmi lesquels **34 en secteur d'hospitalisation**) et **2.605 patients suivis en consultation**, incluant notamment ceux bénéficiant d'un traitement conservateur.

Notre cause est également portée et défendue par des partenaires engagés comme *Unicancer*, Fédération des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), et réseau de dix-neuf établissements de santé privés, non lucratifs, spécialisés en cancérologie. Unicancer reconnaît pleinement les enjeux liés à la maladie rénale chronique et s'associe à notre action en apportant son expertise en innovation, prévention et excellence des soins, ainsi que son expérience de premier promoteur académique d'essais cliniques en oncologie en Europe. Ensemble, nous développons une approche pluridisciplinaire intégrée pour la prise en charge des patients et personnes en situation de soins.

L'association s'implique activement dans la recherche clinique, elle est dotée d'un conseil scientifique. Un temps médical spécifique et un temps d'attaché de recherche clinique sont financés par le conseil scientifique. Ses travaux visent à :

- **Renforcer et promouvoir** la recherche scientifique d'excellence par la création d'un département de recherche et enseignement et d'un département de formation favorisant ainsi la transmission des savoirs.

¹⁰« *Il n'y a pas de progrès médical sans recherche qui génère de l'innovation, et sans diffusion de connaissances. Ainsi, toutes ces actions sont conduites au service des patients afin de les faire bénéficier de la prise en charge la plus pertinente et la plus adaptée en Île-de-France et au-delà via les coopérations internationales* ».

¹¹***'Professeur Ziad Massy, Directeur Médical, de la Recherche et l'Enseignement.'***

¹⁰ Citation du Pr Massy : source ; www.auraparis.org, consulté le 18/12/2024 et autorisation du professeur MASSY obtenue le 30/12/24.

¹¹ Ziad Massy est un professeur en néphrologie et directeur médical de la recherche et de l'enseignement de L'AURA Paris.

2 Le cadre conceptuel

2.1 Quelques définitions

La néphrologie

¹²La néphrologie est la spécialité médicale visant à prévenir, à diagnostiquer et à soigner les maladies du rein. Elle vient des mots grecs (Nephros=rein) et (logos=étude).

A quoi servent les reins ? Et à quoi ressemblent-ils ?

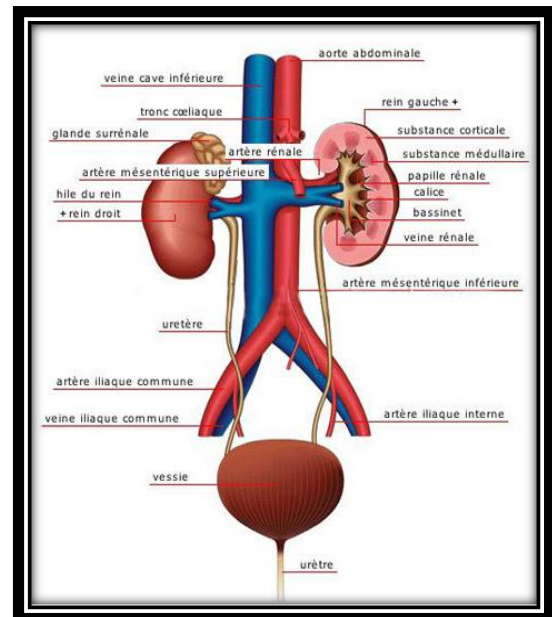
Les reins sont des organes vitaux, au nombre de deux mesurant 12 cm environ. Ils ont plusieurs fonctions :

Ils sont une véritable station d'épuration on parle **d'organe émonctoire**.

Les reins participent également à la régulation de l'**homéostasie**, c'est-à-dire l'équilibre « du milieu intérieur ».

Ils permettent aussi de réguler la tension artérielle.

Ils ont une fonction de sécrétion de la vitamine D et de l'érythropoïétine.



¹³Figure 4

La maladie rénale

La maladie rénale désigne une diminution du fonctionnement des reins, quelle qu'en soit la cause depuis plus de trois mois. La MRC peut rester silencieuse jusqu'à un stade très avancé. Des symptômes finissent par apparaître tels que :

- Des œdèmes des jambes puis un essoufflement. Les toxines et les déchets de l'organisme s'éliminent moins bien, ce qui provoque de la fatigue, des nausées, une perte d'appétit, des insomnies, des démangeaisons, des crises de goutte...
- Et des complications telles que : l'anémie (= taux de globules rouges bas) par défaut de production d'EPO par les reins ; l'hypertension artérielle par rétention d'eau et de sel ; la déminéralisation osseuse à cause d'un défaut d'activation de la vitamine D par les reins (donc diminution de l'absorption du calcium) ; et une mauvaise élimination du phosphore.

Il existe cinq stades des maladies rénales chroniques :

¹² Définitions : néphrologie et rôle des reins, source, centre néphrologie Léon-Blum, Lyon consulté le 17 décembre 2024 ; <https://www.nephrologie-lyon.com/anatomie-et-role-des-reins.html>

¹³ Anatomie des reins : Source centre néphrologie Léon-Blum, Lyon ; <https://www.nephrologie-lyon.com/anatomie-et-role-des-reins.html>

Les stades de la maladie rénale

	STADE 1	STADE 2	STADE 3	STADE 4	STADE 5
	MRC avec marqueurs urinaires de l'atteinte rénale*	MRC avec marqueurs urinaires de l'atteinte rénale*	IRC modérée	IRC sévère	IRC terminale
DFG (mL/min)	> 90	90 - 60	59 - 30	29 - 15	< 15
Fonctionnement des reins	> 90 %	90 à 60 %	59 à 30 %	29 à 15 %	< 15 %
Symptômes	Aucun	Aucun	Fatigue Perte d'appétit	Fatigue Perte d'appétit Démangeaisons Anémie	Insomnie Gêne respiratoire Nausées Vomissements

* protéinurie, hématurie, leucocyturie ou marqueur de dysfonction tubulaire.

¹⁴Figure 5

2.2 ¹⁵La maladie rénale en France et dans le monde

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème majeur de santé publique, annoncée pour devenir la **cinquième cause de décès mondiale d'ici 2040**. Plusieurs études ont estimé la prévalence de cette pathologie dans la population.

En France, l'étude des **3 Cités** a été menée entre 1999 et 2001 dans trois régions françaises, chez plus de **9.000 patients**, **13,7%** des patients avaient un DFG inférieur à 60 ml/min/1,73m². Cependant, cette étude a été réalisée chez des sujets âgés de 65 ans ou plus, donc la prévalence dans la population générale est probablement inférieure.

L'enquête prospective **Mona Lisa** a été entre 2006 et 2007 dans trois régions françaises, chez près de 5.000 participants âgés de 35 à 74,9 ans tirés au sort sur la liste électorale.

La prévalence de l'IRC dans la population française, définie comme un Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) inférieur à 60 ml/min/1,73m², a été évaluée à 8,2% (IC 95 % : 7,4-8,9 %). Cependant, la population sélectionnée étant jeune et aucun patient insuffisant rénal de stade 4-5 n'ayant participé à l'enquête, il est probable que la prévalence de l'IRC en France soit plus importante.

Dans une autre étude française, **l'étude Esteban**, réalisée chez 2.422 patients, la prévalence de l'IRC de stades 3 à 5 sans thérapie de remplacement rénal se situait entre 1,5 et 2,1 % de la population adulte âgée de 18 à 74 ans.

Le nombre de patients en traitement de suppléance augmente de manière régulière en France.

Au 31 décembre 2021, on dénombre **92.535** patients en traitement de suppléance dont **51.355 (55 %) en dialyse** et **41.210 (45 %) bénéficiant d'un greffon rénal fonctionnel**. La dialyse avait été démarrée en urgence pour 29 % des patients. La technique de dialyse dominante restait l'hémodialyse (94 %).

¹⁴ Les stades de la maladie rénale : source site inforeinsanté , consulté le 18 décembre 2025 ; <https://www.inforeinsante.fr/les-5-stades-de-linsuffisance-renale/>.

¹⁵ Les chiffres clés de la maladie rénales : source France Rein, consulté le 18 décembre 2025 ; <https://www.francerein.org/actualites/les-chiffres-cles-de-la-maladierenale/#:~:text=Au%2031%20d%C3%A9cembre%202022%2C%2093,dialyse%20ou%20une%20nouvelle%20greffe.>

¹⁶À plus grande échelle, aux **Etats-Unis**, plus d'un adulte sur sept, soit 15% des adultes américains, sont estimés avoir une Maladie Rénale Chronique (MRC) ; et jusqu'à 9 sur 10 adultes présentant une MRC ignorent qu'ils en sont atteints.

À l'échelle mondiale, en 2017, une analyse systématique du projet GBD (Global Burden of Disease) pour tous les âges révèle 697,5 millions (intervalle d'incertitude à 95 % [UI] 649,2-752,0) cas d'IRC à tous les stades, pour une prévalence de 9,1 % (8,5-9,8). Le nombre de décès liés à l'IRC est estimé à 1,2 million en 2017 et à 1,43 million en 2019.

L'IRC est donc fréquente. Cependant, elle est mal diagnostiquée. Lors de leur première visite chez le néphrologue, plus de la moitié des patients présente déjà une IRC de stade 4, entraînant une prise en charge non-optimale de la maladie. 20 à 35 % des patients admis en dialyse sont adressés aux néphrologues moins de 6 mois avant l'initiation d'une dialyse.

On estime qu'environ 7 à 10% de la population française présente **une atteinte rénale**. Une partie va évoluer vers une maladie rénale nécessitant un traitement de suppléance (dialyse ou greffe).

En 2022, 10.975 patients ont débuté un traitement de suppléance, dont 434 par une greffe sans passer par la dialyse (greffe préemptive), les autres par la dialyse.

Au 31 décembre 2022, 93.084 patients étaient traités (44,5% étaient porteurs d'un greffon rénal, 55,5% sont en dialyse). Durant l'année 2022 : 2.922 patients dialysés ont reçu une greffe rénale ; 1.091 greffes ont cessé de fonctionner (nécessitant un retour en dialyse ou une nouvelle greffe). 10.129 patients dialysés ou greffés sont décédés.



Figure n°6

¹⁶ Les chiffres clés de la maladie rénale et figure 6 : source France Rein, consulté le 18 décembre 2025 ; <https://www.francerein.org/actualites/les-chiffres-cles-de-la-maladierenale/#:~:text=Au%2031%20d%C3%A9cembre%202022%2C%2093,dialyse%20ou%20une%20nouvelle%20greffe.>

2.3 Les causes de la maladie rénale

Les deux grands pourvoyeurs de maladie rénale sont l'**hypertension artérielle** et le **diabète**. Ils sont responsables de près de 50% des MRC. Mais d'autres pathologies peuvent aussi entraîner une maladie rénale chronique comme la glomérulonéphrite ou maladie de BERGER, la polykystose rénale d'origine génétique et héréditaire, les pyélonéphrites.

D'autres facteurs peuvent favoriser l'apparition d'une maladie rénale : les facteurs cardiovasculaires, l'âge, l'insuffisance rénale aiguë, les antécédents familiaux d'IRC, la néphrotoxicité médicamenteuse, et l'exposition à des toxiques comme l'iode, certaines chimiothérapies ou la radiothérapie, des produits professionnels toxiques comme le plomb, le mercure et le cadmium.

La néphrotoxicité est également une préoccupation importante en pédiatrie, avec 16% des cas d'insuffisance rénale aiguë hospitalisés étant attribuables principalement à un médicament.

2.4 Les examens complémentaires de l'insuffisance rénale

En cas de facteurs de risque ou de symptômes évocateurs, le diagnostic de maladie rénale repose sur :

- Le dosage sanguin de créatinine et le calcul du débit de filtration glomérulaire (DFG), par une simple prise de sang au laboratoire.
- L'analyse d'urine à la recherche de protéine (albumine) et de sang par une simple bandelette urinaire, en consultation, puis par une analyse en laboratoire pour confirmer.
- Pour affiner le diagnostic, il peut y avoir besoin de réaliser une biopsie rénale.

2.5 Les mesures de protection rénale et les traitements

¹⁷Les reins ne peuvent pas être « **réparés** » une fois que les dommages sont faits. Néanmoins, la progression de la maladie rénale peut être freinée en traitant la cause et en adoptant les bonnes mesures de protection rénale telles que :

- Adopter une alimentation équilibrée, avoir une activité physique d'au moins 30 minutes par jour, bien s'hydrater, arrêter de fumer, limiter la consommation de sel, d'alcool, surveiller sa tension et contrôler le diabète, éviter certains médicaments.
- La prévention de la néphrotoxicité médicamenteuse est essentielle, notamment en ajustant les doses de médicaments chez les patients atteints d'IRC, en évitant l'utilisation de médicaments potentiellement néphrotoxiques lorsque cela est possible ou en adoptant une surveillance des effets indésirables et signes de toxicité adaptée.

Le traitement conservateur : consiste à associer un traitement diététique avec un traitement pharmaceutique et médical. Le traitement conservateur vise à ralentir la progression de la maladie en contrôlant la cause sous-jacente et en améliorant les symptômes.

Le traitement de substitution : l'épuration artificielle s'est développée dans les années 60. Aujourd'hui en France, il existe deux techniques d'épuration artificielle : la dialyse péritonéale et l'hémodialyse.

¹⁷ *Maladie rénale et traitement : source ; site de France Rein , consulté le 17 décembre 2024 ; <https://www.francerein.org/vivre-avec-la-maladie/maladies-et-traitements/les-traitements/>*

2.6 Les différentes techniques de dialyse

2.6.1 La dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale est une méthode qui utilise le péritoine (membrane de l'abdomen) comme filtre pour épurer le sang des substances toxiques liées au fonctionnement normal du corps humain. Cette technique nécessite la pose d'un cathéter permanent dans l'abdomen pour un accès à la cavité péritonéale.

2.6.2 L'hémodialyse

L'hémodialyse est une technique d'épuration du sang qui permet d'éliminer l'eau et les déchets liés au fonctionnement normal du corps humain à travers une membrane artificielle appelée « **rein artificiel ou dialyseur** ». Cette technique nécessite la création d'un abord vasculaire soit d'une fistule artério-veineuse FAV ou d'un cathéter permettant un accès facile et répété à la circulation sanguine.

La FAV est créée par un chirurgien vasculaire au niveau de l'avant-bras ou du bras, à partir d'une veine et d'une artère, pour obtenir un débit sanguin suffisant pour la dialyse. Lorsqu'il n'y a pas de FAV, il est possible de recourir à un cathéter d'hémodialyse.

Le cathéter d'hémodialyse, également appelé cathéter central, est un tube souple inséré dans une veine centrale, généralement la jugulaire ou la fémorale. Il constitue un accès vasculaire temporaire ou permanent permettant la réalisation des séances d'hémodialyse. Ce type de dispositif est également désigné sous le terme de *cathéter central* ou plus communément *Kt* dans le langage professionnel des infirmiers en dialyse.

Il est composé de deux parties : une partie visible protégée en permanence par un pansement ; et une partie non visible, insérée sous la peau, dans la veine. L'hémodialyse peut se dérouler en centre de dialyse ou à domicile ; et avec mon projet, au lit du patient hospitalisé.

2.7 ¹⁸La réglementation de l'hémodialyse en France

« *Le nouveau système de régulation de l'hémodialyse en France est introduit par le décret du 23 septembre 2002 (2,3) établi par Bernard Kouchner* ».

D'abord, le Décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002 définit l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifie le code de santé publique en agissant sur le régime d'autorisation.

Il se base dorénavant sur l'autorisation de l'activité du traitement de l'IRC et non plus sur l'autorisation d'appareils d'hémodialyse. Ainsi, « *le contingentement de postes par la carte sanitaire est remplacé par un nombre minimal et maximal de patients pris en charge annuellement par des structures autorisées* ».

Ensuite, par le Décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale et modifiant le code de la santé publique. « *Il précise les conditions techniques de fonctionnement des différentes structures* ».

¹⁸ Site Légifrance décret du 23 septembre 2002 ; consulté le 07 janvier 2025 ; [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000780502#:~:text=Texte%20suivant%20E2%80%BA,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202002%2D1198%20du%2023%20septembre%202002%20relatif,publication%20\(troisi%C3%A8me%20partie%203A%20D%C3%A9crets\).](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000780502#:~:text=Texte%20suivant%20E2%80%BA,D%C3%A9cret%20n%C2%B0%202002%2D1198%20du%2023%20septembre%202002%20relatif,publication%20(troisi%C3%A8me%20partie%203A%20D%C3%A9crets).)

L'hémodialyse en centre : prend principalement en charge des patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin. « *Le décret prévoit la présence permanente en cours de séance d'au moins un infirmier pour quatre patients et d'un aide-soignant (ou éventuellement un autre infirmier) pour huit patients. Le calcul du nombre de néphrologues a été fait à partir de la circulaire du 15 mai 2003. Ce calcul aboutit à un néphrologue pour 32 à 48 patients dialysés en centre* ».

« *Le centre doit être implanté géographiquement au sein d'un établissement de santé disposant de lits d'hospitalisation complète et non nécessairement disposer en propre de cette capacité. Le centre d'hémodialyse dispose, en propre ou par convention, des services d'un laboratoire d'analyses médicales et d'imagerie. Le nombre maximum de patients traités par jour est de trois par poste* ».

2.8 Le coût annuel de la dialyse en France¹⁹

Selon une enquête de la Société Française de Dialyse et de Transplantation (SFDT) parue le 24 juin 2024 :

- **4,4 milliards d'euros** : c'est le coût annuel de la dialyse en France, une conséquence directe du retard de diagnostic et de prise en charge de la MRC. C'est plus que l'ensemble des examens biologiques réalisés en France.
- 6% de consultations en moins et 90% de délai d'attente en moins chez le néphrologue : c'est le résultat de la mise en place de cette politique de dépistage au Canada (étude Tangri et al.).

Un appel à la mobilisation !

2.9 Les recommandations scientifiques²⁰

Une orientation précoce des patients vers un néphrologue est indiquée afin d'assurer une prise en charge optimale de l'IRC.

La HAS recommande l'orientation des patients lorsque l'un des signes d'atteinte rénale persiste pendant plus de 3 mois :

- Diminution du DFG : DFG estimé < **60 ml/min/1,73 m²** ;
- Protéinurie ou albuminurie ;
- Hématurie : GR > 10/mm³ ou 10.000/ml (après avoir éliminé une cause urologique) ;
- Leucocyturie : GB > 10/mm³ ou 10.000/ml (en l'absence d'infection) ;
- Anomalie morphologique à l'échographie rénale : asymétrie de taille, contours bosselés, reins de petite taille ou gros reins polykystiques.
- En 2023, les recommandations **KDIGO** préconisent une **collaboration pharmaciens/médecins** dans l'élaboration des plans de soins et la revue des prescriptions médicamenteuses.

2.10 Le parcours de soins²¹

Selon la HAS, « *le parcours de soins correspond, pour le patient, au juste enchaînement et au bon moment des différentes compétences professionnelles liées*

¹⁹ Société francophone de néphrologie ; conférence de Paris sur la maladie rénale chronique, le 24 juin 2024.

²⁰ La recherche sur les MRC : source France Rein, consulté le 20 janvier 2025 ; <https://www.francerein.org/nos-actions/soutenir/la-recherche/>

²¹ Le parcours de soins : source HAS, consulté le 20 janvier 2025 ; https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/202011/fiche_pedagogique_gestion_parcours_patient_certificati on.pdf

directement ou indirectement aux soins. La démarche consiste à développer une meilleure coordination des interventions professionnelles, fondées sur de bonnes pratiques, lors des phases aiguës de la maladie comme lors de l'accompagnement global du patient sur le long terme.

Le parcours de soins permet de développer les actions d'anticipation, de coordination et d'échanges d'informations entre tous les acteurs impliqués. La démarche permet, pour finir, une meilleure intégration des différentes dimensions de la qualité des soins : pertinence, sécurité, efficacité clinique mais aussi accessibilité, continuité et point de vue du patient ».

Dans cette perspective, L'AURA Paris a structuré un parcours de soins spécifique à chaque type de prise en charge. Ces parcours sont affichés sur l'ensemble des sites de l'association, conformément aux modalités de prise en charge proposées.

²²Pour aller plus loin, L'AURA Paris a mis en place une unité de Transition « Espace de Transition vers l'Autonomie Progressive » **ETAP à l'automne 2024**. C'est une porte d'entrée pour orienter vers la dialyse à domicile. Ces unités existent déjà au Canada et en Belgique, encore trop peu en France. L'unité de Transition a pour ambition de fournir à chaque patient entrant, toutes les informations sur les différentes techniques de dialyse en « autonomie ».

2.11 Le parcours de soins en hospitalisation

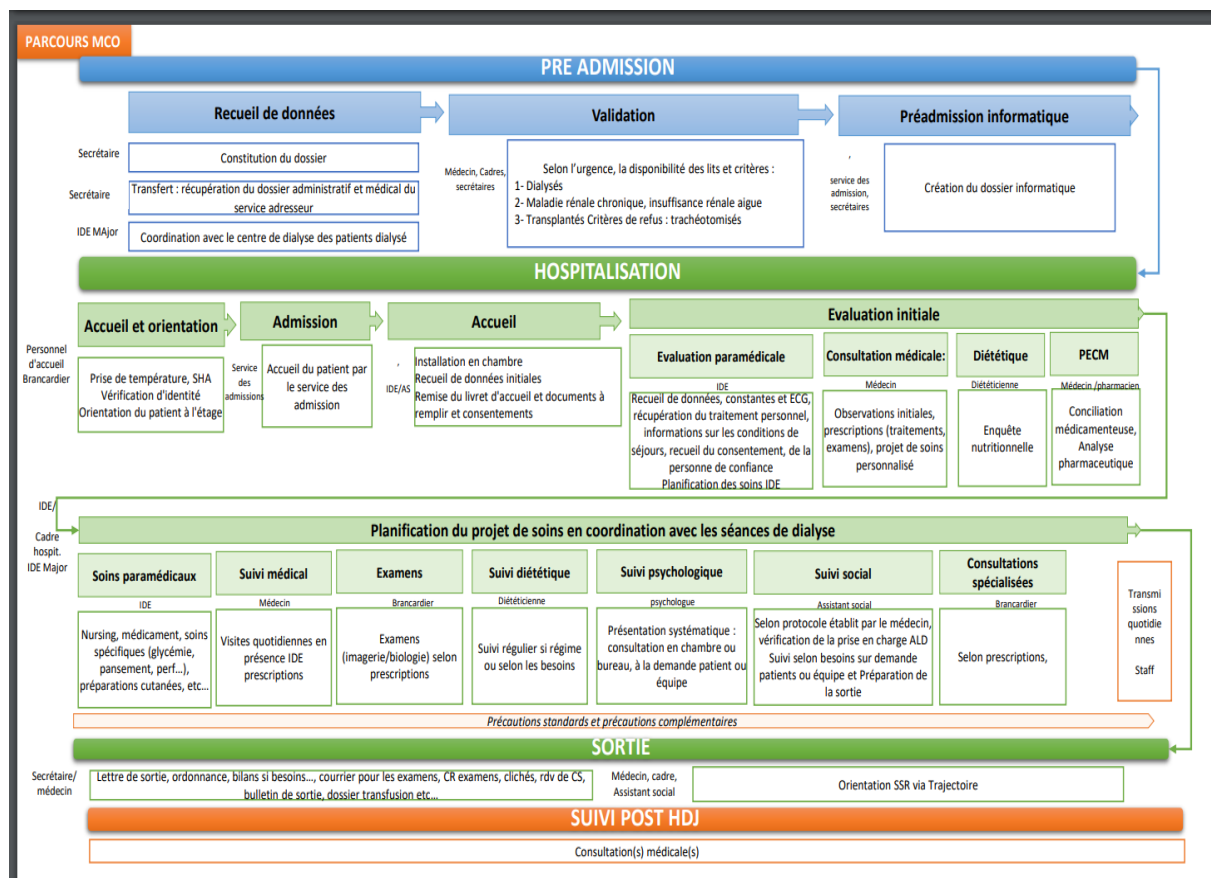
Initialement, les patients hospitalisés et dialysés réalisaient leur séance en centre lourd à AURA Paris Plaisance, situé aux 1^{er} et 2^{ème} étage du bâtiment. Cette situation générait une organisation chronophage et chronométrée pour les deux équipes de la dialyse et du service d'hospitalisation.

Les patients hospitalisés en médecine pour des problèmes de santé aigus, souvent très fatigués, subissaient les séances de dialyse avec toutes les contraintes que cela entraîne. Même si les séances étaient programmées trois fois par semaine et par série (lundi, mardi, vendredi ou mardi, jeudi, samedi), des changements de planning pouvaient survenir régulièrement, notamment pour les patients hospitalisés dont les séances étaient plus faciles à changer, pour permettre à l'équipe de la dialyse de gérer les différents imprévus (patients externes, urgences, etc.).

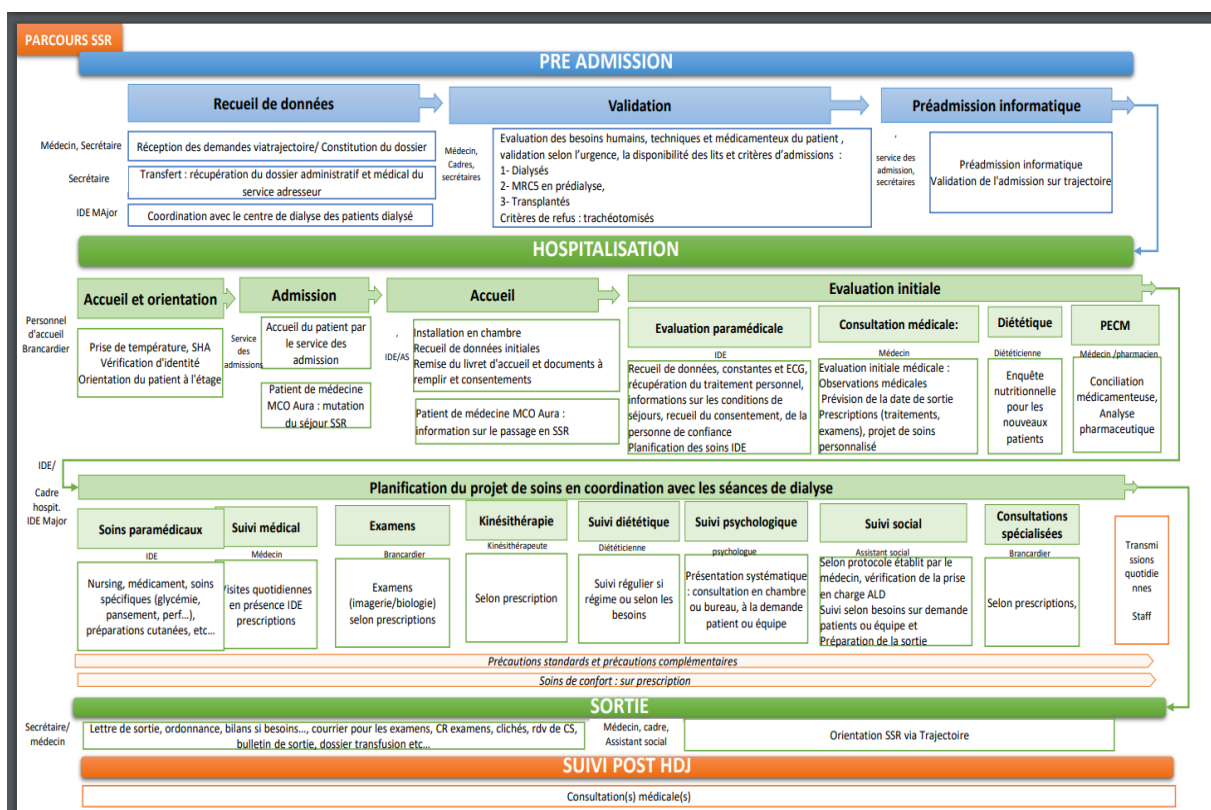
En MCO, cela engendrait une augmentation de la Durée Moyenne de Séjour. Les patients en SMR récupéraient beaucoup plus lentement en raison de la fatigue accumulée pendant les transferts en dialyse, les changements de séances ou encore les transferts pour réaliser différents examens. Concernant les patients en soins palliatifs qui souhaitaient poursuivre la dialyse, la situation devenait compliquée en raison d'allers et retours en dialyse épuisants.

Cette situation, identifiée par l'équipe médicale, est à l'origine d'un premier essai de la dialyse en chambre. Mais ce projet a été rapidement interrompu pour des raisons organisationnelles.

²² Dr Hamed Fessi néphrologue et chef de service à l'AURA PARIS dialyse à domicile, un engagement permanent et continu de L'AURA depuis 1967, 9 janvier 2025 page 6.



²³ Figure 7, Parcours de soins en médecine



²⁴ Figure 8, parcours de soins en SMR

²³ Parcours de soins en MCO Base documentaire de L'AURA Paris BlueKanGo ; consulté le 18/01/2025.

²⁴ Parcours de soins en SMR Base documentaire de L'AURA Paris BlueKanGo ; consulté le 18/01/2025.

2.11.1 Avis personnel sur le parcours de soins en hospitalisation

Le parcours de soins des patients hospitalisés à L'AURA Paris est globalement bien structuré. Tous les éléments sont réunis pour assurer une prise en charge complète et cohérente. La coordination entre les différents professionnels de santé a été soigneusement pensée et est rigoureusement appliquée, garantissant un accompagnement de qualité, depuis l'accueil jusqu'à la sortie du patient.

Cependant, comme le montrent les deux schémas illustrant les parcours en MCO et en SMR, la planification du projet de soins reste largement conditionnée par l'organisation des séances de dialyse en centre. Le patient se retrouve ainsi, bien souvent malgré lui, tributaire de ces créneaux, ce qui peut impacter son autonomie.

À mon sens, l'introduction de la dialyse en chambre permettrait d'optimiser ce parcours de soins en le rendant plus souple et centré sur les besoins réels du patient. Cela offrirait également une meilleure qualité de vie durant l'hospitalisation, notamment en facilitant les visites des proches, un facteur essentiel dans le processus de rétablissement.

3 Le contexte d'urgence

En 2023, en pleine mise en œuvre du projet de service, un événement imprévu vient renforcer les enjeux du Plan Stratégique, tout en donnant une nouvelle impulsion aux objectifs de l'année.

L'Hôpital Corentin Celton, établissement de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris et bailleur historique de L'AURA Paris, annonce la fin du bail de location des locaux occupés par l'association pour ses activités de dialyse. La date butoir fixée pour le déménagement est le 15 décembre 2023. En cas de non-libération des lieux à cette échéance, l'association s'expose à des pénalités financières conséquentes.

Ce départ contraint est transformé en opportunité par L'AURA Paris, en cohérence avec son nouveau plan d'action stratégique. Il permet de repenser l'organisation autour d'un parcours de soins individualisé, plus adapté aux besoins actuels des patients et intégrant les innovations les plus récentes.

Le site de Corentin Celton bénéficiait jusqu'alors d'une autorisation d'Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) dans les Hauts-de-Seine. Cette unité comptait huit postes, permettant de prendre en charge jusqu'à 40 patients en hémodialyse chronique, à raison de trois séances hebdomadaires de quatre heures chacune. L'organisation des séances, réparties sur les matinées, après-midis et soirées, permettait d'assurer une prise en charge souple, notamment pour les patients actifs en fin de journée.

À l'issue de nombreuses démarches, l'association identifie un nouveau site implanté au 25 avenue de la Paix, à Châtillon, dans un bâtiment de 541 m² appartenant à LADAPT. L'implantation d'une unité de dialyse médicalisée dans cette commune répond à la nécessité de relocaliser l'unité précédemment située à Issy-les-Moulineaux.

Cependant, compte-tenu de la contrainte temporelle, il devient essentiel de trouver une solution transitoire pour les patients dialysés de Corentin Celton, durant la période des travaux et jusqu'à l'ouverture du nouveau centre à Châtillon. L'enjeu principal est de limiter l'éloignement géographique pour ces patients.

Après plusieurs réunions entre la direction, les cadres et les équipes médicales, la décision est prise de transférer temporairement les patients vers le centre AURA Paris Plaisance, situé dans le 14^e arrondissement de Paris le site le plus proche de Corentin

Celton, et également le plus grand centre de dialyse de l'association, avec une capacité de 180 séances quotidiennes sur les trois séries (centre lourd et UDM). Néanmoins, ce centre ne pouvant accueillir l'ensemble des 40 patients supplémentaires, une seconde solution est alors envisagée : débiter la prise en charge des patients hospitalisés en hémodialyse directement dans le service d'hospitalisation, afin de libérer des postes dans le centre de Paris Plaisance.

C'est dans ce contexte, en octobre 2023, que le Directeur général, en concertation avec la cheffe du service d'hospitalisation, me confie la mise en œuvre du projet. Cela nous permet d'anticiper et de concrétiser plus tôt que prévu le projet stratégique du service, à savoir **le développement de l'hémodialyse en hospitalisation**.

3.1 Le choix de la technique et du matériel

Pour ce projet, nous choisissons de travailler avec le laboratoire PHYSIDIA qui dispose d'une expertise dans l'hémodialyse fréquente et courte utilisant des dispositifs à faible débit de dialysat.

Cette décision est justifiée par des études scientifiques observationnelles, études randomisées et méta-analyse. Ces études exposent les avantages de l'hémodialyse à domicile fréquente avec une justification clinique détaillée.

3.2 Comparaison entre les deux techniques d'hémodialyse

3.2.1 L'hémodialyse conventionnelle en centre

L'HD en centre consiste généralement en des traitements de trois séances de 4h par semaine, mais des preuves croissantes soutiennent les bénéfices cliniques d'une dialyse fréquente.

3.2.2 L'hémodialyse fréquente et courte à bas débit

L'HD fréquente est définie par des séances courtes de 2 à 3h maximum et une fréquence d'au moins quatre séances par semaine de préférence à cinq séances.

Nomenclature Dialyse Intensive:			
« fréquente », « Quotidienne », « longue », « intensive »			
Temps de Traitement		Fréquence de Traitement	
Classification	Heures	Classification	HD/Semaine
Longue/ Nocturne	> 6 heures	Fréquente	> 4/Semaine
Standard	3-6 heures	Alternée	3,5 ou 4/Semaine
Courte	< 3 heures	Standard	3 /Semaine
		Incrémentale	1 ou 2/Semaine

Adaptée à Marshall, Kidney International (2018)

²⁵Figure 9

²⁵Présentation du Dr Hafedh Fessi néphrologue chef de service à L'AURA Paris. au 6^{ème} congrès de la société francophone de néphrologie, dialyse et de transplantation ; 5-8 oct.2021.

3.3 Les avantages de la dialyse en chambre pour le patient

Ce projet est important pour la nouvelle cheffe de service car il répond à des besoins de santé publique et présente plusieurs avantages pour les patients :

- **Une meilleure qualité de vie**

Le premier avantage est le confort des patients notamment en perte d'autonomie et en fin de vie. Ce sont des patients immunodéprimés et épuisés, cette technique leur doit leur permettre d'avoir une meilleure qualité de vie, de passer plus de temps avec leurs proches, d'éviter la fatigue liée au transfert en centre.

En réduisant la fatigue, l'hémodialyse en chambre doit permettre une récupération plus rapide des patients en SMR diminuant ainsi la DMS.

- **Meilleure relation soignant-soigné**

En étant dialysés en chambre, les patients appréhenderont moins la séance, rassurés par la présence des soignants habituels du service. Ce contexte favorise également un moment d'échange privilégié renforçant une meilleure relation soignant/soigné.

- **Promouvoir la qualité de vie des patients au domicile par l'HD fréquente**

L'hémodialyse en chambre constitue une étape facilitatrice vers l'autonomie, notamment pour les jeunes patients, en leur permettant d'envisager plus sereinement une hémodialyse à domicile. Le matériel utilisé et les conditions de traitement étant similaires, les patients hospitalisés peuvent évaluer concrètement la faisabilité de cette modalité à domicile. Cette approche est particulièrement bénéfique pour les patients en transition de dialyse péritonéale vers l'hémodialyse, ainsi que pour ceux qui débutent un traitement de suppléance.

- **Avantages structurel et organisationnel**

Le générateur retenu est le cycleur Physidia qui ne nécessite pas de traitement d'eau. Il présente l'avantage d'être de petite taille, facile à manipuler par les soignants et les patients, il est utilisé pour l'hémodialyse au domicile. Il ne propose que des séances de courte durée de 3h maximum, ce qui laisse la possibilité de bénéficier de **l'hémodialyse quotidienne**. Dans notre projet, nous décidons d'adapter le traitement selon les besoins, les patients ont le choix entre 4 à 5 séances par semaine minimum, ou l'hémodialyse quotidienne.

- ²⁶**Les avantages cliniques de l'hémodialyse fréquente de courte durée**

L'hémodialyse quotidienne est reconnue aujourd'hui comme le traitement le plus physiologique pour le patient souffrant d'insuffisance rénale, car il permet d'obtenir des résultats proches du fonctionnement naturel du rein.

- Une diminution de l'hypertension artérielle ;
- Une diminution de l'hypotension intra dialytique ;
- Une récupération physique beaucoup plus rapide ;
- Une amélioration du syndrome des jambes sans repos ;
- Une réduction des troubles du sommeil.

²⁶ Présentation du Dr Hamed FESSI, néphrologue et chef de service à L'AURA Paris, sur les bénéfices cliniques de l'HD intensive au 6^{ème} congrès de la SFNDT de Toulouse 5-8 oct. 2021.

Comparaison visuelle des générateurs de dialyse

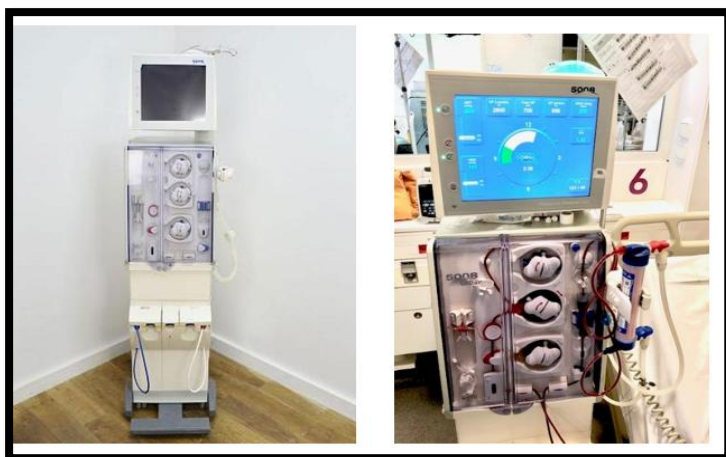
Le cycleur PHYSIDIA : hémodialyse en chambre et au domicile



- Moniteur compact et ergonomique
- Stockage compact des poches de dialysat pendant l'utilisation
- Ne nécessite pas d'alimentation en eau
- Facilite le transport et les voyages.

²⁷Figure 10

Générateur de l'hémodialyse conventionnelle en centre



- De grande taille qui nécessite un grand espace de stockage
- Nécessite un traitement en centre ou un osmoseur au domicile pour l'alimentation en eau, un grand espace de stockage du matériel
- Pas de déplacements possibles avec ce matériel.

²⁸Figure 11

3.4 L'intérêt pour les soignants

Ce projet constitue une véritable opportunité de développement des compétences pour l'équipe soignante (IDE et AS). Jusqu'à présent, les infirmières étaient principalement formées à la dialyse péritonéale. Bien qu'elles disposent d'une base théorique en hémodialyse, elles n'avaient pas l'occasion de pratiquer cette technique, les patients étant jusqu'alors pris en charge exclusivement en centre lourd.

La mise en place de l'hémodialyse en chambre va leur permettre d'acquérir une expertise pratique supplémentaire. Pour les IDE, cela représente une réelle valeur ajoutée, venant compléter leurs compétences en néphrologie et enrichir leur parcours professionnel.

Par ailleurs, cette évolution technique renforce l'attractivité du service en matière de recrutement. Elle ouvre la voie à l'intégration de nouveaux professionnels, notamment ceux qui souhaitent diversifier leur pratique au-delà de l'hémodialyse conventionnelle.

En somme, la formation des soignants et la mise en œuvre de l'hémodialyse en chambre induisent une transformation organisationnelle majeure au sein du service. Dans mon rôle de chef de projet, il m'appartient de déployer les outils managériaux nécessaires pour accompagner cette transition et en assurer la réussite.

²⁷ Cycleur Physidia S3 : source, catalogue 2024 du laboratoire PHYSIDIA ; images libres d'accès

²⁸ Générateur de dialyse : source site du centre hospitalier des quatre villes ; images libres d'accès ; <https://www.ch4v.fr/activites-medico-techniques/le-centre-de-dialyse-et-les-consultations-de-nephrologie/>.

3.5 Le changement

Selon le dictionnaire LAROUSSE²⁹: le changement est le fait de changer, de modifier quelque chose, le passage d'un état à un autre.

Yvon Pesqueux³⁰ professeur titulaire de la chaire « Développement Des Systèmes d'Organisation » du conservatoire national des Arts et Métiers de Paris, définit « *le changement comme le résultat d'un processus collectif mobilisant les ressources et capacités des participants pour construire de nouveaux jeux permettant à l'organisation de s'orienter ou se réorienter comme un ensemble humain* ».

« Le changement est un phénomène dynamique lié à des tensions entre un 'avant' et un 'après', et peut provenir de l'intérieur (volontarisme) ou de l'extérieur (contraintes externes). Les moyens d'atteindre le changement peuvent être volontaires ou accompagnés ».

Le changement est également un thème qui oppose la notion de transformation à celle de stabilité et de permanence.

Avant, la gestion des entreprises portait sur un modèle assurant de la performance et de la durabilité. Néanmoins les évolutions imprévisibles comme la crise sanitaire, le virage du numérique, l'effet générationnel, ainsi que l'évolution constante de la médecine et les réformes du système de santé, obligent les entreprises à s'adapter en permanence pour faire face à la concurrence, garantir leur efficacité et leur durabilité.

Ainsi, dans les établissements de santé, pour répondre aux besoins des équipes et des patients, les cadres de santé et cadres supérieurs de santé sont en première ligne. En effet, ils sont considérés comme les garants d'une organisation en constante évolution.

3.6 Les impacts d'un changement mal accompagné

3.6.1 La perte de l'esprit d'équipe

Un changement important dans l'environnement du travail, peut perturber la dynamique de groupe et affecter l'esprit d'équipe. Certains collaborateurs peuvent se sentir isolés ou exclus, affectant la coopération.

Le changement peut également entraîner des modifications dans les rôles et les responsabilités des salariés, générant des tensions et des conflits au sein de l'équipe. Un mauvais accompagnement des réorganisations peut accentuer l'individualisme entraînant un effet négatif sur la collaboration, la productivité et la satisfaction au travail. Tout cela peut donner un sentiment d'une perte de sens au travail.

3.6.2 La perte de sens au travail

³¹Dans son article publié en 2010 Hubert LANDIER nous décrit que « *une mauvaise gestion du changement s'accompagne d'une perte de sens pour l'employé* ».

³²Un rapport de la DARES souligne que « *la plupart des salariés souffrent d'un déficit de sens au travail. Ce rapport précise que l'organisation du travail est déterminante pour que celui-ci ait du sens. Les conséquences sont l'absentéisme, et pour ceux qui restent, la démotivation et la résistance au changement* ».

²⁹ Définition du changement ; <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612>

³⁰ Yvon Pesqueux avril 2008. « Un modèle organisationnel du changement » Colloque Valeur et Responsabilité Sociétale.

³¹ H. Landier Mal management : « l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets ».

³² Suzi Canivenc Les Nouveaux Modes de Management et d'Organisation NMMO page 36.

3.6.3 La résistance au changement

Bien que la résistance au changement reste un phénomène intrinsèque à la nature humaine, elle est néanmoins renforcée par un accompagnement inapproprié. Elle peut devenir une source de perte de confiance envers la direction et entraîne une baisse de la motivation des employés. Le risque principal étant l'échec de la mise en place des nouvelles réorganisations.

3.6.4 Les risques psycho-sociaux

Cette résistance au changement peut devenir difficile à surmonter. En effet, certains salariés peuvent se sentir dépassés par les nouvelles exigences ou ne pas posséder les compétences nécessaires pour s'adapter aux réorganisations. De plus, ils n'ont pas le soutien psychologique nécessaire pour y faire face.

Cette mauvaise gestion du changement est vectrice de RPS, allant du stress à des situations dramatiques comme le suicide. D'où l'importance d'une gestion optimale du changement et d'un accompagnement adéquat pour anticiper ces effets négatifs.

3.7 Le changement organisationnel

Michel Foudriat³³ sociologue enseignant à l'université Paris Est Créteil, définit « **le changement organisationnel** comme un processus conduisant à une transformation, plus ou moins profonde, plus ou moins en adéquation aux intentions des acteurs initiateurs, de règles formelles mais aussi de comportements individuels et/ou collectifs caractérisant le fonctionnement socio-organisationnel. De tels processus peuvent être volontaires, dirigés et planifiés ou, au contraire, spontanés et continus ».

Par ailleurs, comme le soulignent P. Collerette, G. Delisle et R. Perron dans leur ouvrage 'Le changement organisationnel ; Théorie et pratique' (1997)³⁴, « *Tout processus de transformation s'accompagne souvent de craintes, d'appréhensions, voire d'hostilité, de conflits ou d'impatience* ». Face à ces résistances naturelles, il est essentiel d'adopter une méthodologie appropriée, capable de favoriser l'adhésion et de réduire les tensions liées au changement.

3.8 La conduite du changement

Selon Jean-Paul Dumond³⁵ Professeur à l'université de Créteil, dans son cours intitulé 'Transformer les Organisations de Santé', « **la conduite d'un changement organisationnel doit mettre en écho trois dynamiques : La dynamique fonctionnelle, la dynamique politique et la dynamique culturelle**, qui ont chacune leur temporalité et qui s'influencent sans cesse de manière mutuelle. Mettre en écho, c'est-à-dire permettre des affluences positives d'une dimension à l'autre, éviter les ruptures entre elles, souligner des dissonances pour faire évoluer l'une d'entre elles.

La conduite d'un changement organisationnel peut alors être imagée par un orchestre dont les instruments sont connus, mais dont la partition est largement improvisée ».

Tout compte fait, la conduite du changement doit s'appuyer sur l'analyse de ces trois dynamiques :

La dynamique fonctionnelle part d'une analyse de la demande, formulant plusieurs scénarios de solutions progressivement affinés.

³³ Foudriat, M. (2015) ; *Le changement organisationnel Réflexions sur les conceptions méthodologiques. Dans Girard, J., Méry, I. et Mounir, H. (dir.), Les chefs de service à l'épreuve du changement. (p.5 -30). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.girar.2015.01.0005/>*

³⁴ P. Collerette, G. Delisle et R. Perron ; *Le changement organisationnel théorie et pratique* (1997) p,78.

³⁵ Jean-Paul Dumond *Transformer les organisations de santé*, version du 24 juin 2024, page 116.

La dynamique culturelle met en évidence des enjeux culturels auxquels peuvent répondre un message délivré fréquemment et repris dans des occasions particulières. Ce message condense l'orientation souhaitée ; il exprime la stratégie du projet ; des expériences apprenantes qui peuvent faciliter l'évolution de certaines attitudes.

La dynamique politique est l'affrontement des rapports de force en les faisant évoluer par des passages en force, des négociations, souvent implicites.

L'analyse de ces trois dynamiques conduit à différentes opérations : conduites de projet (constitution du COPIL, plan de communication, expériences apprenantes et négociations).

Après avoir terminé le contexte d'émergence et les dynamiques du changement organisationnel, nous allons aborder le projet managérial proprement dit.

4 Le projet

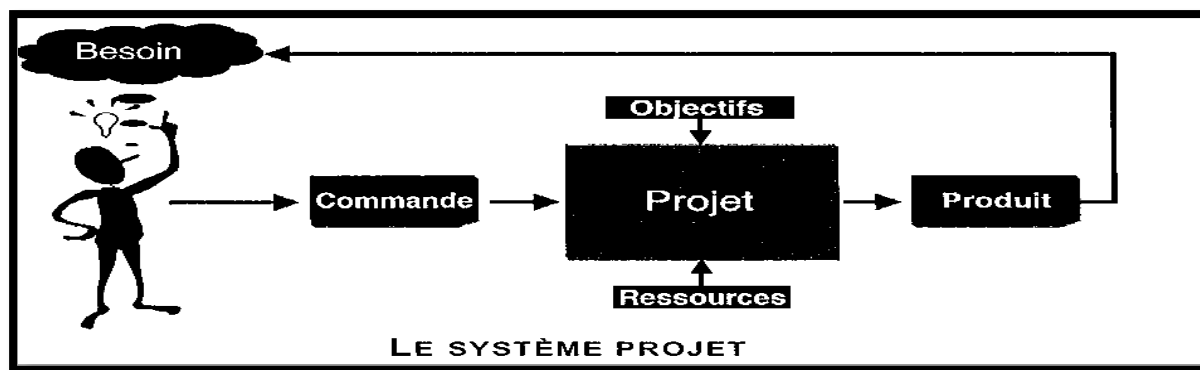
Définition

« La Norme ISO 10006 définit le projet comme un processus qui consiste à un ensemble d'activités coordonnées et maîtrisées, comportant des dates de début et de fin, entrepris dans le but d'atteindre un objectif conforme à des exigences spécifiques, telles que les contraintes de délais de coûts et de ressources ».

Hugues MARCHAT³⁶ auteur, fondateur de cabinets de formation, présente le projet comme « *une façon particulière de traiter un problème avec de l'anticipation. Un projet est déclenché par une commande passée au début du projet ; un projet est borné par des objectifs qui imposent des contraintes de réalisation au projet. Il consiste à fabriquer un produit qui satisfera le besoin du commanditaire. L'organisation des ressources est nécessaire à la fabrication du produit. Les ressources d'un projet sont humaines, financières, matérielles, temporelles, etc. Un projet est un ensemble fini puisqu'il y a nécessairement un début et une fin* ».

4.1 La méthodologie : Le Kit du chef de projet d'Hugues Marchat

Pour la gestion de ce projet, j'ai choisi d'utiliser la méthode proposée par Hugues Marchat dans son livre intitulé le « **Kit du chef de projet** ». Cette méthode reprend les différentes opérations qui découlent de l'analyse des trois dynamiques proposées par Jean-Paul DUMOND. Elle est composée de trois phases, et est également appelée la méthode des 3 P : Préparer-Piloter-Progresser.



³⁷Figure 12

³⁶ H. MARCHAT est fondateur de cabinets de formation et de conseil spécialisés en conduite de projets, auteur du livre le KIT du chef projet.

³⁷ Schéma du système projet : source le kit du chef de projet d'Hugues Marchat.

4.2 La phase Préparer

Cette phase permet, entre autres, de lever les deux ambiguïtés qui sont à l'origine de 80% d'échecs dans les projets : la clarification des objectifs et des rôles.

4.2.1 La commande du commanditaire

Cette étape est validée lors de la première réunion qui s'est tenue le 6 octobre 2023. Le projet (développement de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation) m'est confié par la Direction générale et l'équipe médicale pour un démarrage au 10 décembre 2023. (Cf. Annexe 1 et 2 : la fiche projet et la lettre de mission).

4.2.2 La note de cadrage

Pour passer de la commande au projet, il est important d'éclaircir quelques points et définir les objectifs. Il faut se mettre en mode projet.

Pour H. Marchat, « *se mettre en mode projet, c'est décider de donner toutes les chances à quelque chose d'aboutir, c'est surtout mettre en place une dynamique qui va permettre de motiver les acteurs qui vont participer au projet, c'est aussi privilégier la performance* ».

Pour la gestion de ce projet, je suis positionnée en tant que cadre de santé et chef projet. Cet exercice n'est pas facile parce que je viens de prendre mon poste. La présentation d'un nouveau projet impactant l'organisation du service est un peu risquée même si j'ai le soutien appuyé de la cheffe du service.

Le positionnement

Dans le chapitre « travailler posture et positionnement » du cours du directeur de l'ESM monsieur Patrick Farnault, « *le **positionnement** est l'opération qui consiste à déterminer une position dans une situation donnée. Il s'agit de la manière dont un manager se situe vis-à-vis d'un problème ou d'un défi, ainsi que de la manière dont il prend des décisions et pose des principes* ».

Le **positionnement** reflète la volonté de choix, de **prendre une décision** et de la justifier de manière claire. Cela implique une prise de responsabilité dans les choix et un engagement à assumer ses décisions, tout en sachant orienter et guider les actions des autres.

Le leadership³⁸

Est la capacité d'une personne ou d'un groupe à diriger, influencer ou guider des individus, des équipes ou des organisations dans la réalisation d'objectifs.

³⁹Ce concept va au-delà de la simple autorité hiérarchique et repose sur des compétences interpersonnelles, des valeurs, et un engagement envers la réussite collective. Le leadership s'étend également dans la vie quotidienne et peut s'exprimer au sein de la famille, des amis, ou au sein de la communauté.

⁴⁰Selon Denis Cristol coach en management, le leader dépend de trois facteurs :

- La génétique ;
- L'éducation (familiale, scolaire) ;
- Les frottements du quotidien (le contexte).

³⁸ Définition du leadership ; <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/leadership#0>

³⁹ Concept leadership; <https://www.reactive-executive.com/quest-ce-que-le-leadership-definitions-et-caracteristiques/>.

⁴⁰ Denis Cristol est un coach en management spécialiste des questions d'apprenance et de leadership.

Dans son cours⁴¹ intitulé « Affirmer son leadership », Patrick Farnault, directeur de l'ESM, nous décrit le leader *« comme celui qui est suivi, qui est capable de guider, d'influencer et d'inspirer. Ainsi il n'y a pas de leader sans suiveur. Le rôle du leader est d'aider et de soutenir les initiatives pour le bien commun, pour le collectif, le service, en quelque sorte **un objectif commun** ».*

Kurt Lewin, psychologue américain d'origine allemande, a été l'un des premiers chercheurs en sciences sociales à démontrer que *« le leadership est un facteur déterminant de la confiance au sein d'une équipe, influençant ainsi la performance globale de l'organisation ».*

Un bon leader crée une vision commune, alignée avec les valeurs de l'équipe, ce qui rend l'engagement et la collaboration beaucoup plus forts et durables. Il fait en sorte que les membres de son équipe se reconnaissent dans ses actions, dans ses idées, et dans l'objectif qu'il poursuit.

La fixation des objectifs

Selon H. MARCHAT⁴² un objectif est *« une contrainte qui est imposée par le commanditaire au système projet afin qu'il se réalise dans un cadre ».*

Un projet comporte trois niveaux d'objectifs :

- Les objectifs de qualité (liés à la performance) ;
- Les objectifs de temps (liés au calendrier) ;
- Les objectifs de coût (liés aux ressources nécessaires à la réalisation du projet).

La mission qui m'est confiée **comprend deux étapes bien distinctes** avec des objectifs de qualité, de temps et des objectifs de coût.

1- La première étape ou période d'urgence

Cette étape consiste à dialyser les patients hospitalisés pendant les travaux de la nouvelle unité d'accueil de Châtillon.

- **Son objectif principal** consiste à libérer des places au centre de dialyse de Plaisance pour pouvoir accueillir les patients de l'unité de Corentin Celton qui ferme le 15 décembre 2023 et ceci, jusqu'à l'ouverture de l'unité de Châtillon prévue début mars 2024.
- **Les objectifs secondaires visent** une amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés (confort) et une valorisation de la pratique soignante par une montée en compétence.

Les objectifs opérationnels expriment ce que l'on veut s'assurer d'accomplir de manière précise et opérationnelle. Ils définissent les actions à mettre en place pour la gestion de ce projet.

Une fois le cadrage du projet effectué, il devient primordial de mettre en place une communication ciblée et structurée. Cette étape permet de présenter le projet de manière claire aux différentes parties prenantes, de partager les objectifs fixés, d'expliquer les enjeux identifiés, ainsi que de détailler les étapes à venir. Une communication efficace favorise l'adhésion, la compréhension commune et l'implication de chacun dans la mise en œuvre du projet.

⁴¹ Patrick Farnault: « Affirmer son leadership » cours Master 2 MOS promotion 2024-2025.

⁴² Hugues Marchat « le kit du chef de projet » 7^{ème} édition 2023, Eyrolles éditions.

4.2.3 Le plan de communication

⁴³Selon le dictionnaire LAROUSSE, la communication est un échange verbal entre un locuteur et un interlocuteur dont il sollicite une réponse, c'est le fait de communiquer, de transmettre quelque chose, d'être en rapport avec autrui, en général par le langage.

La notion de communication est plus large et plus complexe que celle d'information qui supprime ou réduit l'incertitude sans provoquer de réaction immédiate en retour. La communication est un échange et une relation entre deux ou plusieurs personnes. C'est un processus dynamique, en mouvement, qui fait évoluer la situation.

Ainsi, il existe trois types de communications :

- La communication interpersonnelle d'un émetteur à un récepteur ;
- La communication de groupe d'un émetteur à un plusieurs récepteurs ;
- La communication de masse un émetteur s'adresse au plus grand nombre de récepteurs possibles.

Dans le cadre de mon projet, nous allons utiliser la communication de groupe.

4.2.4 Réunion d'information/construction du planning détaillé

Après la réunion consacrée à la validation de la commande, deux réunions d'information se tiennent auprès de l'équipe paramédicale. Ces rencontres ont pour objectif d'annoncer le lancement du projet, de partager ses objectifs, et de répondre aux premières interrogations. Cela me permet également de mettre en place un retroplanning des étapes sous la forme **d'un diagramme de GANTT** (Cf. Annexe 3) et d'annoncer la constitution du comité de pilotage.

Mise en place de l'équipe projet

À la suite de la réunion d'annonce du projet, je procède à la mise en place du comité de pilotage, étape essentielle pour structurer la suite. Plusieurs professionnels manifestent leur intérêt : certains sollicitent des informations complémentaires, d'autres se portent volontaire pour s'impliquer concrètement dans la conduite du projet.

Le comité de pilotage est composé :

- D'un chef de projet ;
- D'un médecin chef du service ;
- Du directeur-adjoint ;
- D'une Cadre supérieure de santé (Membre de la Commission Des Usagers) ;
- D'une IDE référente de la dialyse ;
- D'une pharmacienne ;
- D'un responsable de l'équipe logistique ;
- Du service informatique.

Une fois le comité de pilotage constitué, plusieurs réunions d'organisation sont rapidement mises en place. Le projet ayant déjà été présenté à une grande partie de l'équipe, et compte-tenu du délai imposé, il est nécessaire de structurer efficacement les prochaines étapes.

4.2.5 Le chiffrage des coûts

Lors de la phase d'urgence, aucune contrainte budgétaire n'est imposée. Face à l'ultimatum de l'AP-HP, la direction mobilise rapidement les ressources nécessaires. Une première estimation des coûts s'élève à environ 142.660 k€. Ce montant couvre

⁴³La communication : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/communication/17561>.

les recrutements, le remplacement du personnel en formation, le matériel et les consommables (Cf. Annexe 9).

4.2.6 L'analyse des risques

Pour analyser les risques liés à mon projet, j'utilise les outils suivants : une enquête de terrain à l'aide d'un questionnaire et un SWOT.

Enquête de terrain

Pour mener cette enquête, j'utilise un questionnaire dont l'objectif principal est de voir la faisabilité tout en ciblant les forces et les faiblesses du projet.

Pour l'élaboration de questionnaire, je me réfère à mes objectifs pour le choix de mes indicateurs qui sont les suivants :

- La population cible ;
- Le nombre d'années d'exercice dans le métier ;
- Le nombre d'années d'exercice dans le service ;
- L'expérience dans la technique ;
- L'intérêt du projet pour les patients et les soignants ;
- Les avis des soignants sur la faisabilité du projet, sur l'investissement dans le projet.

Je termine le questionnaire avec deux questions sur les points positifs ou négatifs du projet, cela me permet d'avoir les avis des IDE qui connaissent déjà la technique.

L'échantillon se compose de dix infirmiers dont l'infirmière référente de la dialyse en chambre qui pratique déjà cette technique et qui est formatrice référente.

Questionnaire de la phase de démarrage
Ce questionnaire est destiné aux infirmières du service d'hospitalisation
1- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmière ? Et quelle est votre ancienneté dans le service ?
R
2- Avez-vous déjà pratiqué l'hémodialyse ? Si oui, sur quel générateur ?
R
3- Avez-vous été informé de la mise en place de ce projet ? Si oui, par qui et comment ?
R
4- Selon vous, ce traitement présente-t-il des bénéfices pour les patients ? Si oui, lesquels.
R
5- Pensez-vous que cette technique représente une nouvelle opportunité d'une montée en compétence pour des IDE ?
R
6- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de la dialyse au lit du patient présentée en réunion ?
R
7- Etes-vous prête à vous investir dans cette activité ? Sinon pourquoi ? Et qu'est-ce qui vous ferait changer d'avis ?
R
8- Que pensez-vous de la communication autour de ce projet (réunion d'informations, affiche, retours d'expérience) ?
R
9- Pouvez-vous donner votre avis sur le développement de l'activité de la dialyse en chambre dans le service ?
R

Analyse des résultats de l'enquête
Echantillon 10 IDE
1- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmière ? Et quelle est votre ancienneté dans le service ? R : Ancienneté de 1 à 18 ans
2- Avez-vous déjà pratiqué l'hémodialyse ? Si oui, sur quel générateur ? R : Cinq IDE ont déjà pratiqué la dialyse
3- Avez-vous été informées de la mise en place de ce projet ? Si oui, par qui et comment ? R : Toutes les IDE ont répondu oui, par la cadre de santé lors de la réunion d'information
4- Selon vous, ce traitement présente-t-il des bénéfices pour les patients ? Si oui, lesquels. R : Toutes les IDE sont unanimes pour dire que ce traitement sera bénéfique pour le patient. Pour celles qui connaissent déjà la technique, elles ont développé leur propos en mettant en avant : la dialyse douce de courte durée, le confort pour le patient, moins de fatigue, plus de temps pour voir les proches.
5- Pensez-vous que cette technique représente une nouvelle opportunité d'une montée en compétence pour des IDE ? R : Toutes les IDE ont répondu oui à cette question
6- Selon vous, quels sont les points positifs et négatifs de la technique ? R : Pour les IDE avec de l'expérience soit 6 IDE Points positifs : Montée en compétence, meilleure PEC et meilleure qualité de vie pour le patient. Points négatifs : <i>Génère du stress qui a entraîné un échec lors de l'essai car dialyse en chambres séparées, la surveillance était compliquée qui a conduit à une perte de sens et un épuisement du personnel</i> , pas d'AS comme promis au début, branchement seule, problème d'asepsie. 2 nouvelles IDE : soulignent que les points positifs du traitement pour le patient et l'acquisition de nouvelles compétences pour les soignants.
7- Etes-vous prête à vous investir dans cette technique ? Sinon pourquoi ? Qu'est-ce qui vous fera changer d'avis ? R : Pour les IDE expérimentées, 2 ont catégoriquement refusé : une, à cause du stress subi qui l'a conduit à un épuisement professionnel ; l'autre ne trouve aucun intérêt dans cette technique et ne veut pas s'investir. Les 5 autres ont répondu oui mais à condition de dialyser en chambre double avec un maximum de 2 patients par séance et 4 patients maximum par jour.
8- Que pensez-vous de la communication autour de ce projet (réunion d'information, affiches, retours d'expérience) ? R : toutes les IDE ont répondu que les informations données étaient claires sauf une IDE qui n'avait pas compris la question, la réponse était inexploitable.
9- Pouvez-vous donner votre avis sur le développement de l'activité de la dialyse en chambre ? La nouvelle IDE était très enchantée, mais les autres étaient plus mitigées, une d'entre elles était très contente de retenter cette technique qu'elle trouvait très innovante, très bénéfique pour le patient et pour l'équipe (montée en compétence), Certaines avaient beaucoup de conditions surtout deux conditions sine qua non : a) <i>Refus catégorique de dialyser plusieurs patients sur la même séance en chambres séparées.</i> b) <i>Une IDE doit être détachée pour la dialyse</i>

Le SWOT

À partir de l'analyse de mes réponses, je construis mon SWOT pour mieux cerner mes forces, faiblesses, opportunités et menaces.

SWOT	
FORCES +	FAIBLESSES -
Projet porté par la cheffe du service Inscrit dans le projet de l'établissement (objectifs du service) Soutien de la hiérarchie Implication des équipes Amélioration de la qualité de vie des patients Optimisation des ressources Nouvelles compétences soignantes Quelques IDEs déjà formées	Resistance au changement de l'équipe de nuit Surveillance en chambres séparées pouvant induire du stress Antécédent d'épuisement professionnel d'une IDE
OPPORTUNITÉS +	MENACES -
Techniques innovantes qui a de l'avenir Projet porté par la direction sans contraintes financières Benchmarking Collaboration du réseau des patients dialysés au domicile	Contre-indications de certains patients Refus des patients

⁴⁴Figure 13

Analyse du SWOT (éléments de faisabilité)

Les faiblesses (RPS et stress)

Il y a eu un refus catégorique de deux IDE dont une pour raison de santé (**épuisement professionnel**). Plusieurs infirmières ont exprimé leur inquiétude lors de l'annonce du projet.

La principale raison évoquée est le stress des soignants entraînant une perte de sens à cause d'une organisation inadaptée.

Au début, les IDE dialysent jusqu'à 3 à 4 patients par séance dans des chambres séparées et éloignées l'une de l'autre. Cette situation engendrait **du stress** lié à une mauvaise surveillance des patients physiquement dialysés dans des chambres séparées.

Après cette courte période, une IDE est recrutée pour l'activité de la dialyse en chambre du lundi au vendredi. Malheureusement cela ne fonctionne pas pour les mêmes raisons, elle finit par changer de service.

Les IDE évoquent également le manque d'un ASD en binôme pour aider au branchement et au débranchement.

Compte-tenu de ce passé d'épuisement professionnel qui constitue une faiblesse identifiée dans mon projet, il est essentiel que je porte une attention particulière à ce risque au sein de mon service. L'objectif est d'en analyser les causes pour mettre en place des mesures préventives efficaces et éviter toute récurrence.

Les risques psycho-sociaux

⁴⁵Selon le ministère du travail, les « RPS sont définis comme un risque pour la santé physique et mentale des travailleurs. Ils se trouvent à la jonction de l'individu et de sa situation de travail. Ils peuvent concerner toutes les entreprises quel que soit leur taille et leur secteur d'activité. Leurs causes sont à rechercher à la fois dans

⁴⁴ Le SWOT : source, google modèle Word image libre d'accès.

⁴⁵ Source site du Ministère du travail la prévention <https://travail-emploi.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux-rps>.

les conditions de travail, les facteurs liés à l'organisation du travail et aux relations de travail ».

Les types de risques :

- **Le stress** provenant du sentiment de ne pas atteindre les exigences ou les attentes demandées ;
- **Les violences internes** commises par des travailleurs : conflits majeurs, harcèlement moral ou sexuel ;
- **Les violences externes**, exercées par des personnes extérieures à l'entreprise à l'encontre des salariés ;
- **Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout.**

Dans le cadre de mon PM, nous allons nous intéresser au **stress entraînant un épuisement**.

Le stress et ses conséquences sur la santé

Le dictionnaire Larousse définit le **stress** comme un état réactionnel de l'organisme soumis à une agression brusque.

⁴⁶ Selon un article publié par G.Kerbaol en 2022 à l'INRS, « *on parle de stress au travail quand une personne ressent un déséquilibre entre ce qu'on lui demande de faire dans le cadre professionnel et les ressources dont elle dispose pour y répondre* ».

Les situations stressantes qui s'installent dans la durée ont toujours un coût pour la santé des individus qui les subissent. « *Elles entraînent également des répercussions négatives sur le fonctionnement des entreprises turn-over, journées de travail perdues, perte de qualité de la production démotivation* ».

L'origine du stress dans mon service

L'analyse des questionnaires me permet d'identifier les causes du stress dans mon service. Elle ouvre également la voie à des échanges enrichissants avec les infirmières. La première cause du stress identifiée est le **ratio IDE/patients** qui n'est pas adapté à l'organisation du service.

⁴⁷Selon l'Article **D6124-70** du code de la santé publique du 26 juillet 2005, « *tous les actes de soins nécessaires à la réalisation de chaque séance de traitement des patients hémodialisés en centre sont accomplis par l'équipe de personnel soignant. Cette équipe, dirigée par un cadre infirmier, ou par un infirmier ou une infirmière, assure la présence permanente en cours de séance d'au moins un infirmier ou une infirmière pour quatre patients et un aide-soignant ou une aide-soignante, ou éventuellement d'un autre infirmier ou d'une autre infirmière pour huit patients* ».

Cependant, l'hémodialyse conventionnelle en centre se fait soit en salle commune, soit dans un box de quatre patients minimum, facilitant la surveillance. Dans le cadre de mon projet, les patients sont hémodialisés en chambre seule rendant la surveillance plus complexe.

Le ratio d'un IDE pour quatre patients est difficilement applicable dans ces conditions. Tout compte fait, dialyser quatre patients sur la même séance en chambres séparées parfois éloignées, rend la technique dangereuse avec une surveillance très précaire qui engendre du stress chez les soignants.

⁴⁶ Les risque du stress ; <https://www.inrs.fr/risques/stress/ce-qu-il-faut-retenir.html>.

⁴⁷Ratio infirmier, aide-soignant / patient en hémodialyse : source, Légifrance ; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917063#:~:text=Lorsque%20le%20centre%20d'h%C3%A9modialyse,aide%20soignante%20pour%20dix%20patients.

⁴⁸Le 12 septembre 2013 lors d'une conférence à Metz, Yves Clot psychologue du travail prononce cette phrase : « *C'est à partir du moment où on ne peut plus jamais prendre son travail à cœur, que les risques sur la santé psychique et mentale augmentent* ».

La deuxième cause du stress identifiée est la réduction de l'effectif. En effet, cette réduction s'explique par le manque d'une aide-soignante en binôme pour aider les IDE pendant les séances de dialyse.

Selon les IDE, l'ASD fait partie de l'effectif depuis l'élaboration du projet. Cependant les aides-soignants qui avaient réclamé à juste titre une prime liée à l'activité de dialyse, se sont désolidarisés du projet lorsqu'elle a été refusée. Finalement, les IDE se retrouvent seules pour brancher les quatre patients, dans des chambres séparées et sans ASD comme c'était prévu.

Dans son cours intitulé « Usure professionnelle, RPS et QVT : analyser pour agir » de l'ECUE 7.1 Xavier Marchand fait le lien entre les problèmes structurels et les RPS. Cette analyse fait écho à la situation observée dans mon service.

Après avoir analysé l'origine du stress dans mon service, en tant que chef projet, et en tant que future CSS, garante de la qualité des soins et de la qualité de vie au travail, je dois tenir compte des risques liés au projet et mettre en place les outils managériaux adaptés, pour mieux accompagner la conduite de ce changement organisationnel.

Prévenir les RPS et préserver la QVT

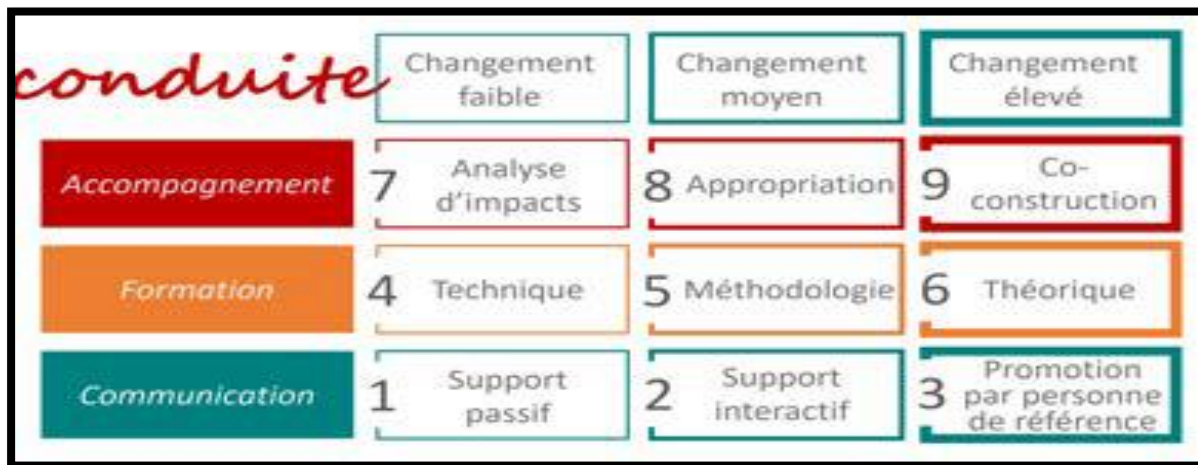
⁴⁹Selon l'article L.4121-1 du code du travail), « *l'employeur prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé physique et mentale des travailleurs. Ces mesures doivent être mises en œuvre en respectant les principes de prévention suivants : éviter les risques, évaluer les risques (inévitables), combattre les risques à la source, adapter le travail à l'homme, tenir compte de l'état d'évolution de technique, remplacer ce qui est dangereux, planifier la prévention en intégrant tous les facteurs y compris ceux liés aux harcèlements (moral, sexuel) tels qu'ils ont définis aux art.L.1152-1 et L1153-1 et L.1142-2-1, protéger collectivement et individuellement les salariés, Donner des instructions appropriés aux travailleurs* ».

Après ce rappel du cadre législatif, je me concentre sur les actions à mettre en place pour gérer au mieux cette situation et arriver à une organisation plus efficiente. Je vais utiliser la méthodologie de la conduite du changement de D. AUTISSIER et de J.M MOUTOT. Nous avons étudié cette approche avec monsieur X. MARCHAND dans le cadre de l'UE 7.1 « Transformer les relations humaines et sociales ».

Cette méthodologie repose sur trois leviers de changement, chacun décliné en trois dimensions spécifiques : changement faible, changement moyen, changement élevé. Elle offre un cadre rigoureux pour accompagner efficacement les transformations au sein des organisations.

⁴⁸ Yves Clot ; « *En a-t-on fini avec les risques psychosociaux ?* », conférence lors du colloque le 12 septembre 2013 organisé par l'Aract Lorraine et le CNAM en Lorraine à Metz.

⁴⁹ Site de Légifrance loi sur les responsabilités de l'employeur sur la prévention des RPS. <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000035640828/2025-05-08/?isSuggest=true>.



⁵⁰Figure 14

Dans cette situation, j'utilise la colonne du niveau de changement élevé, l'accompagnement par la co-construction (n°9), la communication par la promotion par personne de référence (n°3) et la formation théorique (n°6).

La communication/promotion par personne de référence (n°3) : j'ai rencontré la cadre supérieure de santé, qui a près de trente ans d'expérience en dialyse. Son retour et ses conseils m'ont amenée à engager une discussion avec la cheffe de service, dans l'objectif d'obtenir son appui pour présenter une demande de réduction du ratio IDE/patient auprès de la direction générale.

À l'issue de cet échange, j'ai obtenu son soutien et j'ai aussi constaté que nous partagions les mêmes objectifs. J'ai ensuite mis en place plusieurs actions complémentaires à commencer par une réunion d'information sur la situation, etc.

L'accompagnement/co-construction (n°9) : Les actions entreprises précédemment me permettent de mettre en place un groupe de travail composé de la chef de service, des IDE et des AS, de la CDS. L'objectif du groupe de travail est d'identifier des arguments solides à présenter à la direction générale.

Au terme de plusieurs séances de travail, le groupe a élaboré les propositions suivantes :

- Dialyser six patients hospitalisés (maximum) par semaine en séance de 3h pour un total de quatre séances par patient et par semaine ;
- Réaliser deux séances maximum par jour à raison de deux branchements par séance le matin et idem l'après-midi pour un total de quatre patients maximum par jour du lundi au samedi, selon les profils et les besoins des patients ;
- Avoir une IDE détachée pour l'hémodialyse en chambre sur la journée ;
- Avoir un minimum de lits de repli au centre de dialyse de L'AURA Paris Plaisance pour les patients contre-indiqués à la dialyse en chambre et les problèmes liés aux abords vasculaires (KT non fonctionnels/FAV difficiles) ;
- Avoir un aide-soignant en binôme avec l'IDE pour l'aide au branchement et au débranchement ;
- Présenter une simulation du planning hebdomadaire tenant compte des propositions.

⁵⁰ Les neuf étapes de la conduite du changement de Autissier et Moutot: source, cours M2 MOS de ECUE 7.1 Marchand . transformer les relations humaines et sociales.

Simulation de planning présentée à la direction

Jour	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi
IDE du jour	IDE1	IDE2	IDE3	IDE4	IDE5	IDE6
Séances par jour	4 séances	4 séances	4 séances	4 séances	4 séances	4 séances
Patients du Matin	A/B	E/F	A/B	A/B	E/F	A/B
Patients de l'AM	C/D	C/D	E/F	C/D	C/D	E/F

⁵¹Figure 15

4.2.7 Validation du cadrage du projet

Ensuite je prends contact avec le Directeur général qui me donne rendez-vous pour la validation définitive du projet lors de la réunion hebdomadaire de cadre.

Lors de cette rencontre, le Directeur général n'insiste pas sur le ratio IDE/patient. En effet, son enjeu est de respecter l'ultimatum de l'AP-HP, c'est-à-dire de libérer l'unité de Corentin Celton à la date prévue.

A l'issue de ce dialogue de gestion, toutes les propositions sont acceptées à l'exception de l'aide-soignant en binôme avec des arguments solides et convaincants, ainsi qu'une proposition de solutions alternatives très cohérentes. Il me reste à m'organiser pour pallier ce manque.

A la sortie de la réunion, l'équipe est informée et je mets en place la planification des étapes à venir (organisation des réunions, la formation, préparer la réunion de mise au point). Nous allons maintenant passer à la phase « Piloter » du projet.

4.3 La Phase Piloter

Cette phase se déroule conjointement avec la réalisation du résultat ; elle consiste à vérifier l'état d'avancement des objectifs, à construire un tableau de suivi du projet et à rendre compte au commanditaire de l'état d'avancement.

4.3.1 Mettre à jour la planification

En tant que pilote du projet, après la validation définitive du projet, je programme une réunion avec l'équipe projet (COPI) pour le retour d'expérience et la planification des étapes à venir.

Lors de cette réunion, je commence par identifier les ressources humaines. Avec la validation du recrutement des 2 ETP IDE, mon équipe est désormais au complet pour le démarrage.

J'effectue un réajustement prévisionnel du planning en accord avec les infirmiers en attendant l'arrivée des nouvelles recrues.

J'identifie et récupère un local de stockage supplémentaire pour la réserve de matériel ; désigne la responsable de la commande hebdomadaire de matériels de la

⁵¹ Simulation de planning : création personnelle.

dialyse ; mets en place le processus des commandes de pharmacie et de logistique ; programme une réunion avec le laboratoire Physidia, fournisseur des générateurs de dialyse.

La formation/théorique (n°6) : Compte-tenu du délai dont je dispose, je commence la formation du personnel la semaine suivant la rencontre avec le Directeur général.

Elle se déroule en trois étapes avec un **programme de formation** (Cf. Annexe 4-5) :

1^{ère} étape : formation théorique par le laboratoire partenaire, suivie d'une mise ne pratique au PADD assurée par des IDE experts sur une semaine. Cette formation est complétée par une semaine de formation théorique au centre de formation de l'association le FID.

2^{ème} étape : formation théorique sur la fistule artério-veineuse et le cathéter de dialyse, suivie de la pratique (ponction, branchement, débranchement sur fistule et sur cathéter de dialyse) organisée sur deux semaines au centre de dialyse de Plaisance.

3^{ème} étape : dialyse en chambre en conditions réelles pendant une semaine encadrée par des pairs experts (IDE Dialyse du site de Montrouge et d'Aura Nord).

A l'issue de ces trois étapes, une évaluation de l'acquisition des compétences des soignants est réalisée à l'aide d'un audit sous forme de questionnaire avant le démarrage du projet (Cf. Annexe 6).

Ensuite, une formation continue est assurée par l'IDE référente en dialyse, jusqu'à la maîtrise complète de la technique favorisant une montée en compétence.

La réunion de mise au point avant le démarrage

Cette nouvelle réunion avec l'équipe médicale et paramédicale se tient le 1er décembre 2023. A l'issue de cet échange constructif, il en ressort que nous sommes finalement en mesure de débuter le projet plus tôt que prévu, soit dès le 4 décembre 2023. Nous validons également les propositions formulées par le groupe de travail, ainsi que d'autres faites pendant la réunion, à savoir :

- Former toutes les IDE, sauf une qui était en contre-indication, à la dialyse pour pouvoir mettre en place l'organisation suivante (une journée de dialyse par infirmière et par semaine) ;
- Démarrer le projet avec les quatre IDE qui sont déjà formées avec l'appui de l'IDE référente qui réalisera également une séance par semaine ;
- Réorganiser la planification des soins de l'équipe de nuit : en tenant compte du retour d'expérience des IDE de jour qui ont pratiqué la dialyse en chambre. Initialement, les IDE assuraient seules la préparation des patients avant le branchement, les obligeant à travailler dans la précipitation. Cela retardait le début des séances, repoussait les débranchements et ne leur laissait pas le temps de prendre leur pause-déjeuner avant d'enchaîner avec les branchements de l'après-midi. Cette situation, source de stress, avait déjà conduit à un cas d'épuisement professionnel. La réorganisation proposée vise donc à alléger et équilibrer la charge de travail. Concrètement, l'équipe de nuit prépare un des deux patients dialysés en chambre le matin, en plus des patients dialysés en centre (maximum deux, selon le planning), car certains patients sont contre-indiqués pour la dialyse en chambre ;
- Proposer une planification d'une journée type de dialyse que vous trouvez ci-dessous.

Horaire	Tâches/soins	Equipe/fonction
7h00	Préparation : toilette, habillage, lit	2 ASD de nuit (3 patients max dont 1 patient dialysé en CH)
7h15-30	Administration des traitements	IDE de nuit
7h30	Distribution du petit-déjeuner	ASH de jour
7h30	Préparation des générateurs	IDE de dialyse
7h45	Préparation du 2 ^{ème} patient dialysé en chambre/petit déjeuner	ASD de jour/ASH
8h00	Début de la première séance du 1 ^{er} patient en chambre	IDE de dialyse
8h15-30	Début de la première séance pour le 2 ^{ème} patient en chambre	IDE de dialyse
9h00	Transmissions inter équipes	IDE/médecins/ASD
9h30	Pause petit-déjeuner	IDE de dialyse/IDE/ASD
10h-11h	Surveillance des séances Préparation des générateurs pour la 2 ^{ème} séance	IDE de dialyse/Ide de support
11h-12h	Débranchement, nettoyage des générateurs, compression FAV et/ou pansement KT	Ide de dialyse/ASD
12h00	Transmissions orales et écrites	IDE de dialyse
12h30	Pause déjeuner	IDE de dialyse
13h30	Préparation de la séance de l'AM	IDE de dialyse
14h00	Début de la séance de l'AM	IDE de dialyse
15h-17h	Préparation de la séance du lendemain matin/surveillance/TTT	IDE de dialyse/Ide de support
17h00	Débranchement, compression et pansement kT	IDE de dialyse
18h00	Rangement du matériel	IDE de dialyse
18h30	Transmissions orales et écrites	IDE de dialyse
19h30	Fin de service	IDE de dialyse

- Réorganiser le planning des patients dialysés en centre en collaboration avec l'équipe de la dialyse : 2 patients maximum le matin pour faciliter le travail de l'équipe de nuit.

Un rappel du cadre règlementaire de l'activité et de la responsabilité des infirmières est fait : ⁵²*L'IDE réalise la dialyse selon le décret de compétence de la profession du 29/07/2004 dont l'Article R 4311-9 relative à l'utilisation et à la surveillance des appareils de circulation extracorporelle.*

Cette réunion permet également de faire le point sur mon année de formation, bien que l'équipe ait déjà été informée en amont. J'en profite pour afficher mon planning de formation pour l'année.

Cette période coïncide avec la préparation de la certification V2020 de la HAS, prévue pour mars 2024. Afin d'assurer le bon déroulement du lancement du projet, mais aussi sa continuité et pour réduire les problèmes organisationnels, je choisis de déléguer certaines tâches. Je lance ainsi un appel à candidature auprès des soignants souhaitant s'impliquer dans le projet.

⁵² *Décret de compétence de la profession infirmière : source, Légifrance;*
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000002032631/.

À l'issue de la réunion, trois infirmières se portent volontaires pour soutenir la démarche. Après avoir mené des entretiens d'évaluation, je choisis de leur confier plusieurs missions.

⁵³Selon Thibault BAHEUX, manager d'équipe et chef de projet depuis 2008 auteur de « Délégation Efficace, Activez le pouvoir du collectif », '**Déléguer c'est manager et Délégation = investissement**'.

La délégation

La délégation vient du latin *délégatio* ; elle représente une procuration, un mandat pour agir à la place de quelqu'un.

C'est également un acte juridique : délégation de pouvoir et de signature.

Le délégateur ou le délégant, désigne la personne qui donne une délégation.

Le délégataire est la personne qui reçoit la délégation, elle est chargée de la réaliser.

La délégation en management comporte des avantages et des inconvénients qu'il faut prendre en compte pour la réussite.

Déléguer est un puissant levier de motivation, cela permet aux collaborateurs de s'ouvrir sur de nouvelles activités, d'exprimer leur savoir-faire, de se remotiver ;

Permet au délégant de se concentrer sur les tâches que lui seul peut accomplir ;

Le délégataire de son côté sera plus proche du terrain.

Apprendre à déléguer

Dans son cours sur la délégation managériale⁵⁴, Patrick Farnault directeur de l'ESM nous a décrit les cinq conseils pour apprendre à déléguer :

« Il faut déterminer ce qui peut être délégué : le processus de la délégation doit commencer par une analyse de sa propre mission (fiche de poste). Il s'agit de repérer les actions demandant beaucoup de temps au manager et qui l'empêche de se concentrer sur les missions stratégiques ».

- 1- Bien connaître les collaborateurs : déléguer, c'est prendre le risque que le collaborateur fasse différemment, moins bien voire mieux que soi.
- 2- Fixer les règles dès le début : le processus de délégation doit commencer par un entretien, une évaluation qui fixe la tâche à effectuer et les objectifs, les moyens mis à disposition et la marge de manœuvre du reste de l'équipe, les échéances et les délais si nécessaires .
- 3- Accompagner le collaborateur : suivi, rendez-vous régulier pour évaluer et réajuster (calendrier préétabli), flexibilité, accessibilité relation de confiance.
- 4- Dresser un bilan de la délégation : faire le point à la fin de la mission, y compris son propre bilan afin de repérer les erreurs commises
- 5- Dresser le bilan de la délégation.

Liste des tâches déléguées

Mes missions	Missions déléguées aux CDS	Missions déléguées à l'IDE référente	Missions déléguées aux IDE	Conditions nécessaires à la délégation	Modalités de contrôle
Gestion des ressources	Gestion des ressources humaines : planning			Formation par le service informatique sur	Vérification du planning,

⁵³ Thibault BAHEUX : Délégation efficace, activez le pouvoir du collectif, page 17,20.

⁵⁴ Patrick Farnault ancien directeur de l'ESM ; séquence pédagogique : « Délégation et gestion de la dynamique d'équipe ».

humaines : planning Gestion de l'occupation des lits Gestion des Réunions : staff, PPS	Gestion de l'occupation des lits Gestion des Réunions : staff, PPS			le logiciel de gestion des lits Participation aux Réunions : staff, PPS	du logiciel de gestion des lits Feuille de traçabilité des réunions
Préparation de la certification Gestion des audits, des formations		Gestion des audits de préparation à la certification		Encadrement par le service qualité	Feuille de traçabilité
Formation continue du personnel sur le logiciel métier			Formation de l'équipe sur le logiciel métier	Entretien afin d'évaluer la capacité à remplir la mission Formation par le prestataire en amont	Feuille de traçabilité Audit d'évaluation des pratiques sur le terrain

4.3.2 Démarrage de la dialyse en chambre

Après la semaine de formation en conditions réelles, nous démarrons la dialyse le lundi 4 décembre 2023. La première semaine, nous commençons avec quatre patients par semaine et pas de dialyse le samedi. L'équipe était encore fragile, les IDE reprennent petit à petit confiance en elles.

A mon retour de formation, je mène mon premier suivi avec les délégataires. Selon les délégants, l'équipe est enthousiaste malgré un peu de stress au début, mais soulagée car elle est bien encadrée et accompagnée. Tous les délégataires remplissent bien leur mission.

J'organise une réunion (équipe/contre-équipe de jour et de nuit) avec l'équipe paramédicale pour évaluer le retour des soignants.

Résultat d'évaluation des délégateurs

Lors de la réunion organisée avec l'équipe de jour, les retours sont globalement contrastés. Si la communication autour du projet a été claire, fluide et régulièrement relayée, certains soignants expriment néanmoins un sentiment de précipitation. Une infirmière, en particulier, partage son impression d'avoir été prise de court par la rapidité de la mise en œuvre. Malgré l'information transmise en amont, elle a le sentiment de ne pas avoir disposé de suffisamment de temps pour assimiler les enjeux et se préparer pleinement avant le lancement opérationnel. Toutefois, à l'issue de cette première semaine, elle reconnaît être très satisfaite du déroulement initial et de sa montée en compétence.

Du côté de la contre-équipe de jour, l'accueil du projet se révèle plus enthousiaste. Les soignants montrent un réel intérêt pour cette nouvelle dynamique de prise en charge. Cependant, ils mettent en lumière une difficulté organisationnelle : des

tensions apparaissent avec l'équipe de nuit, liées à la préparation des patients dialysés le matin, notamment dû au chevauchement de responsabilités et à des malentendus sur la répartition des tâches.

La réunion avec l'équipe de nuit qui s'est tenue au mois de janvier est, quant à elle, plus délicate. Malgré les efforts déployés en amont pour les impliquer dans la préparation du projet, le changement apporté à leur organisation de travail est mal vécu. L'équipe exprime une forte résistance, traduisant un sentiment de déstabilisation face à une transformation qu'elle perçoit comme imposée. Cette rencontre me place en situation de difficulté, révélant la nécessité d'un accompagnement renforcé, spécifique et adapté à leurs contraintes.

4.3.3 Assurer le reporting

Chaque jeudi matin, notre collectif cadre se réunit au siège de l'association. Ces rencontres hebdomadaires jouent un rôle essentiel dans le renforcement de la cohésion entre les cadres, tout en assurant un lien direct entre le terrain et la direction. Elles permettent de faire remonter les problématiques rencontrées dans les différents services, afin de réfléchir ensemble à des solutions concrètes et adaptées.

Ces réunions sont également l'occasion de suivre l'activité de nos différents sites, grâce à la présentation des tableaux de bord médico-économiques par le Directeur Administratif et Financier, en présence du Directeur général de l'établissement.

Dans ce cadre, je tiens régulièrement informé le commanditaire de l'avancement du projet. Ces échanges permettent un suivi rigoureux et une visibilité constante sur les différentes étapes du projet.

En janvier 2024, le Directeur général m'informe que l'unité de dialyse de Châtillon ouvre ses portes entre fin février et début mars. À cette occasion, il me confirme que, conformément à l'accord préalable avec la cheffe du service, la Professeure Emmanuelle PLAISIER, l'activité de dialyse en hospitalisation sera maintenue au-delà de l'ouverture du nouveau centre.

À l'issue de cette réunion stratégique, j'organise des sessions d'information à destination du comité de pilotage (COFIL), ainsi que des équipes soignantes concernées. Ces temps d'échange permettent de clarifier les objectifs de la nouvelle phase du projet et de mobiliser les équipes, qui se montrent prêtes et enthousiastes à poursuivre l'activité.

L'Unité de dialyse de Châtillon ouvre comme prévu début mars 2024. Tous les patients précédemment accueillis à Corentin Celton sont transférés dans de bonnes conditions, marquant la fin de la période d'urgence. Nous entrons désormais dans la seconde étape du projet, telle qu'annoncée dès le début, pour inscrire durablement cette nouvelle organisation dans les pratiques du service.

2- La deuxième étape ou période d'ancrage

Pour rappel, cette deuxième **étape** consiste à poursuivre cette activité après l'ouverture de la nouvelle unité de dialyse. La réalisation de ce projet est la condition pour la validation de ma poursuite en Master 2.

Le développement de cette nouvelle activité a **plusieurs objectifs** :

- Une amélioration de la qualité de la prise en charge et de la qualité de vie des patients hospitalisés, notamment en fin de vie ;
- Une valorisation de la pratique soignante par une montée en compétence ;

- Une diminution de la DMS par une récupération plus rapide des patients en SMR ;
- Une augmentation de la file active du centre de dialyse d'AURA Paris Plaisance ;
- Un nouvel objectif est ajouté par le commanditaire : la performance économique, l'efficacité de la dialyse en chambre malgré le ratio une IDE pour deux patients par séance.

Avant le démarrage de la deuxième phase, pour avoir un retour d'expérience des infirmières et face à la résistance de l'équipe de nuit, je réalise une deuxième enquête de terrain par la diffusion d'un nouveau questionnaire anonyme.

Les indicateurs sont définis selon trois axes : une adaptation de l'organisation, la réduction du stress et une amélioration de la qualité de vie au travail.

Questionnaire de la 2ème étape ou période d'ancrage sur la poursuite de l'activité de la dialyse en chambre
Ce questionnaire est destiné aux infirmières du service d'hospitalisation
1- Depuis combien d'années exercez-vous ? Et quelle est votre ancienneté dans le service ?
R
2- Avez-vous déjà pratiqué l'hémodialyse en chambre à la première phase ?
R
3- Si oui quelle est votre retour d'expérience sur les thèmes suivants ? : - L'organisation (communication, moyens matériels) - La formation - L'accompagnement (IDE référente, cadre, médecin) - La pratique - L'intérêt pour le patient
R
4- Etes-vous toujours stressée pendant la prise en charge de cette technique ? Si oui pourquoi ?
R
5- Sinon qu'est-ce qui peut vous aider à maîtriser votre stress pendant cette technique ?
R
6- Et si c'était à refaire, que changeriez-vous depuis la mise en place de la dialyse en chambre à ce jour ?
R

Analyse des résultats de l'enquête

Réponses aux questionnaires de la phase d'ancrage
Echantillon 8 IDE
1- Depuis combien d'années exercez-vous en tant qu'infirmière ? Et quelle est votre ancienneté dans le service ? R : Ancienneté de 1 à 18 ans
2- Avez-vous déjà pratiqué l'hémodialyse en chambre à la première période ? R : 5 IDE sur 8 ont répondu oui
3 Si oui, quelle est votre retour d'expérience sur les thèmes suivants ? : R : - L'organisation (communication, moyens matériels) : Selon les infirmières même celles qui n'ont pas dialysé, tout a été bien organisé, parfois des problèmes de livraison de matériel le vendredi mais c'est réajusté aussitôt avec la logistique ; - La formation : toutes les infirmières ont été satisfaites de la formation et elles apprécient la poursuite avec l'IDE référente dans le service ;

- L'accompagnement (IDE référente, cadre, médecin) : les retours sont positifs, une IDE regrette que parfois les internes sont très lents dans la prescription le matin (perte de temps) ; - La pratique : 3 IDE et l'IDE référente sont très à l'aise, la dernière IDE formée n'était pas totalement autonome, la mise en place des IDE en renfort la rassure ; - L'intérêt pour le patient : les infirmières ont noté le confort et l'intimité ;
4 Etes-vous toujours stressée pendant la prise en charge de cette technique ? Si oui, pourquoi ? R : Toutes les IDE ont répondu qu'elles n'étaient plus aussi stressées comme avant, parce qu'elles pouvaient assurer une surveillance en toute sécurité des 2 patients dans la même chambre, même pendant la pause elles sont rassurées car l'IDE référente ou la collègue d'appui faisait le remplacement. <i>« Nous ne sommes plus obligées de courir de chambre en chambre et nous avons le temps pour discuter avec les patients, ce qui est très agréable ».</i> IDE N°2 Néanmoins, elles ont relevé les difficultés rencontrées avec le respect de la réorganisation de la planification des soins par une partie de l'équipe de nuit entraînant des conséquences néfastes sur la journée de dialyse dont le stress par manque de temps.
5 Sinon, qu'est-ce qui peut vous aider à maîtriser votre stress pendant cette technique ? En cas de stress les IDE ont cité, la CDS, les collègues, les médecins si besoin, sinon il faut passer la main, faire une pause et demander de l'aide.
6 Et si c'était à refaire, que changeriez-vous depuis la mise en place de la dialyse en chambre à ce jour ? R : 3 IDE opteraient pour la dialyse en chambre seule, à condition de dialyser d'avoir les 2 chambres l'une à côté de l'autre avec une surveillance postée au milieu des deux chambres car le ratio de patient est passé à 2, selon elles il n'y a plus de problème de surveillance dans 4 chambres en simultanée. 2 IDE souhaitent continuer la dialyse en chambre double car elles jugent plus sécurisante, l'une d'elles refuse formellement de dialyser 2 patients dans deux chambres séparées. Toutes les IDE changeraient l'organisation avec une partie de l'équipe de nuit qui reste totalement résistante au changement.

4.3.4 Les freins et les limites rencontrés

Les freins culturels : la résistance au changement

Traditionnellement, certains soins de base tels que la toilette, la prise des constantes vitales, la distribution du petit-déjeuner et l'administration des traitements sont assurés par l'équipe de jour. Une exception est faite pour les patients dialysés en centre dès le matin (au maximum cinq patients auparavant), qui sont préparés en amont par l'équipe de nuit.

Dans le cadre du projet, je réorganise la planification des soins, comme cela est expliqué lors de la réunion de mise au point. Cette réorganisation concerne en particulier l'équipe de nuit, désormais sollicitée pour la préparation des patients dialysés dans le service, et non plus uniquement en centre.

Toutefois, cette nouvelle organisation suscite de l'incompréhension et une forme de résistance de la part de l'équipe de nuit. Selon elle, la réalisation des soins d'hygiène et la distribution du petit-déjeuner doivent continuer à relever de la responsabilité de l'équipe de jour, jugée plus nombreuse et donc plus apte à gérer cette charge. Cette perception repose sur une logique de continuité avec les pratiques antérieures, qui ont jusque-là fait leurs preuves. En dépit d'une charge de travail globalement allégée, l'équipe de nuit ne parvient pas à saisir la légitimité de cette évolution, perçue comme une rupture injustifiée.

Cette situation m'a mené à prendre conscience de **l'enjeu culturel** sous-jacent. Au-delà de simples ajustements opérationnels, il s'agit en réalité de **faire évoluer** une **culture professionnelle** bien ancrée.

Conformément aux enseignements du module ECUE 5.2 sur la transformation des organisations de santé, et notamment aux apports de Jean-Paul Dumond sur la **dimension culturelle** du changement organisationnel, « *les **habitudes** de travail peuvent être **perçues comme de véritables valeurs** pour une équipe* ».

Ainsi, je suis confrontée à **un enjeu culturel majeur** qui est de : **faire évoluer la culture de l'équipe de nuit afin de faciliter la mise en place de la nouvelle organisation.**

En effet, cette transformation implique non seulement des changements de tâches, mais également des ajustements des horaires, souvent vécus comme une remise en question **des habitudes** de l'équipe.

Ce changement soulève plusieurs défis :

- Faire comprendre à l'équipe de nuit que la nouvelle organisation entraîne une diminution de leur charge de travail ;
- Montrer que la résistance à ces ajustements impacte directement l'équipe de jour, qui se retrouve en difficulté face à une répartition inégale des tâches et à une organisation du travail anxiogène.

Ces constats renforcent ma conviction qu'un accompagnement au changement ne peut se limiter à des consignes descendantes : il doit s'ancrer dans une compréhension fine des représentations, des habitudes et des dynamiques collectives propres à chaque équipe.

Les freins organisationnels

La préparation de la visite de la certification prévue dans un très court délai, en parallèle, complexifie la gestion du projet. En effet, les membres du comité de pilotage ne sont pas toujours disponibles pour les réunions de suivi. La mise en place des groupes de travail est très compliquée parce qu'ils sont très sollicités par le service qualité pour l'organisation des audits et nous avons également une contrainte temporelle.

Parmi les conditions proposées par l'équipe, il y a : la réalisation de la dialyse en chambre double qui permet une meilleure surveillance des deux patients branchés en simultané dans la même chambre et sur la même séance. Cependant, dès le démarrage, l'équipe se trouve en difficulté à cause du matériel à déplacer dans la chambre avant la séance afin libérer de la place.

4.3.5 L'accompagnement du changement organisationnel

⁵⁵Pour lever ces freins, je m'inspire du cours de Jean-Paul DUMOND en Master 2 « Transformer les Organisations de Santé ». En effet, comme nous l'avons vu précédemment dans la conduite du changement organisationnel, au niveau de la dynamique culturelle, « *qu'il est envisageable de **proposer des expériences** qui, pas à pas, induiront un changement d'attitude . L'expérience peut suffire à amorcer le changement culturel souhaité qui peut-être, néanmoins, consolidé par la mise en signifiante de l'action* ». Dans cette perspective, il me semble donc pertinent de mettre en place l'expérience apprenante.

⁵⁵ Jean-Paul DUMOND, *Transformer les Organisations de Santé*, ECUE 5.2 , page 80-93.

4.3.6 Les expériences apprenantes

- Remettre les patients qui sont encore dialysés en centre sur le planning du matin (quatre patients au total) tout en laissant la préparation à l'équipe de nuit comme auparavant ;
- Laisser la préparation des patients dialysés en chambre le matin (deux patients) par l'équipe de jour l'AS et l'IDE de dialyse ;
- Adapter le calendrier des réunions du COPIL en fonction des dates des réunions de certification et des réunions de service ;
- Intégrer les brancardiers dans la planification de la dialyse (aide pour le déplacement du matériel en début de séance).

Ces expériences sont prévues pour deux semaines avec une évaluation à la fin de la première semaine. Finalement, l'équipe soignante souhaite arrêter l'expérience sur la planification des soins au bout d'une semaine suite à des difficultés d'organisation.

4.3.7 Retour d'expérience sur les freins culturels

L'équipe de nuit se retrouve en grande difficulté pour la préparation des quatre patients dialysés en centre le matin.

Pour l'équipe de jour, l'expérience est aussi difficile, l'IDE détachée pour la dialyse en chambre s'occupe d'autres tâches que de la dialyse, voici la planification d'une journée de dialyse pendant l'expérience :

Horaire	Tâches/soins	Equipe/fonction
6h00	Préparation des patients dialysés en centre : toilette, habillage	2 ASD de nuit (4-5 patients)
6h30	Administration des traitements	IDE de nuit
6h45	Distribution du petit-déjeuner	ASH de jour
7h00	Départ en dialyse en centre	Brancardier
7h30		Prise de poste
7h35	Préparation du 1 ^{er} patient dialysé en chambre : petit-déjeuner/TTT	IDE de dialyse/ASH
7h45	Préparation du 2 ^{ème} patient dialysé en chambre : Petit déj/TTT	ASD de jour /ASH
8h00	Préparation des générateurs	IDE de dialyse
9h00	Début de la première séance du 1 ^{er} patient en chambre	IDE de dialyse
9h30	Début de la première séance pour le 2 ^{ème} patient en chambre	IDE de dialyse
10h00	Transmissions inter équipes	IDE/médecins/ASD
10h30	Pause petit-déjeuner	IDE de dialyse
10h45	Surveillance des séances Préparation des générateurs pour la 2 ^{ème} séance	IDE de dialyse/Ide de support
12h15	Débranchement , nettoyage, compression FAV et/ou pansement KT	Ide de dialyse
13h15	Transmissions écrites	IDE de dialyse
13h30	Préparation de la séance de l'AM	IDE de dialyse
14h15	Début de la séance de l'AM	IDE de dialyse
15h00	Pause déjeuner /surveillance	IDE de dialyse/ide de support
15h40	Préparation de la séance du lendemain matin/surveillance/TTT	IDE de dialyse/Ide de support
17h15	Débranchement , compression	IDE de dialyse
18h00	Rangement du matériel	IDE de dialyse
18h30	Transmissions orales et écrites	IDE de dialyse
19h30	Fin de service	IDE de dialyse

4.3.8 Retour d'expérience sur les freins organisationnels

Cette expérience se révèle très positive sur les deux semaines. En effet, la majorité des membres du COPIL se réunissent régulièrement dans le cadre de la préparation de la certification, je m'organise efficacement pour assurer le suivi du projet. Les brancardiers s'intègrent parfaitement à l'organisation, ce qui permet de soulager les IDE de dialyse en les déchargeant de la manipulation du matériel en amont et en aval des séances.

4.3.9 La stratégie d'action

À la suite des tensions observées entre les équipes de jour et de nuit, j'organise rapidement une réunion réunissant l'ensemble des professionnels concernés, dans le but de trouver collectivement une solution équitable et durable.

Cette rencontre permet à chacun d'exprimer librement les difficultés rencontrées au cours de la semaine écoulée. Les échanges mettent en lumière les contraintes spécifiques de chaque équipe, tout en révélant un besoin commun d'adaptation face aux exigences du nouveau projet.

À l'issue de cette discussion, un constat partagé émerge : l'organisation antérieure ne peut plus être maintenue en l'état dans le cadre de la nouvelle dynamique induite par la dialyse en chambre.

Soucieuse d'impliquer les équipes dans une démarche participative, je leur demande si elles souhaitent poursuivre leur engagement dans ce projet de transformation. Toutes confirment leur volonté de s'investir pleinement. Ce moment d'échange est d'ailleurs ponctué par des interventions marquantes, notamment celle d'une infirmière déclarant avec conviction : « *Le bien-être de nos patients est primordial. Nous sommes avec vous, et nous allons y arriver.* »

Dans un esprit constructif, les soignants proposent de reconduire l'organisation que j'avais initialement mise en place, tout en suggérant de mettre en œuvre un système de retours réguliers pour signaler les éventuelles difficultés ou points d'amélioration.

Cette réunion constitue un véritable tournant. Je **perçois l'émergence d'une dynamique collective**, marquée par un engagement commun, une volonté d'adaptation et une ouverture au dialogue. Afin de soutenir cette énergie positive, ma stratégie est de privilégier une approche collaborative dans la conduite du changement, en mettant en œuvre des actions favorisant **la cohésion d'équipe**.

4.3.10 De la dynamique de groupe à la cohésion d'équipe

Étymologiquement, le terme « dynamique » vient du grec ancien dynamikos signifiant « puissant, efficace ». En 1940, Kurt Lewin⁵⁶, psychologue américain, donne à la dynamique le sens suivant : « *Ensemble de forces en interaction et en opposition* ».

La notion de groupe

En psychologie sociale, Kurt Lewin définit « *le groupe comme une organisation d'individus en relation les uns avec les autres dans un environnement donné, pensé comme un système. Chaque action individuelle naît d'interactions avec un* »

⁵⁶ Lenepveu, D. et Sue, I. (2021). Fiche 3. Dynamique de groupe. DEAES 60 Fiches de révisions : Diplôme d'État Accompagnant éducatif et social (p. 13-15). Vuibert. <https://shs.cairn.info/deaes-60-fiches-de-revisions--9782311210095-page-13?lang=fr>.

environnement, ce qui explique que certains individus ont un comportement dans un groupe qu'on ne retrouve pas lorsqu'ils sont seuls ».

Lewin utilise l'expression « dynamique de groupe » en 1944 pour décrire la façon dont les groupes agissent et réagissent face à des circonstances en perpétuelle évolution.

Elle désigne également les interactions, attitudes et comportements au sein d'un groupe d'individus qui travaillent ensemble.

Par ailleurs, cette dynamique ne s'implante pas d'un jour à l'autre. Elle s'installe doucement selon la façon dont les personnes se perçoivent parmi leurs pairs et les uns par rapport aux autres.

Après avoir défini la notion de dynamique de groupe, nous allons nous concentrer sur la notion d'équipe, élément central du fonctionnement de nos établissements de santé où les soins sont organisés collectivement.

Différence entre un groupe et une équipe

⁵⁷Si le **groupe** est un ensemble d'individus qui travaillent sur des projets. Néanmoins, ils ne se considèrent pas nécessairement comme partie d'un tout. En général, les membres d'un groupe **sont plus ou moins liés par un objectif**, mais n'ont probablement **pas de but partagé** ou de valeurs communes pour guider leur travail.

Tandis **qu'une équipe** est un groupe de personnes qui partagent **un but et un objectif communs**. Les membres visent à la fois leur réussite individuelle, mais aussi celle de l'équipe. Les équipes sont plus motivées et plus soudées que de simples groupes, car leurs membres se considèrent comme partie d'un tout aux enjeux plus larges. **Les individus cherchent à atteindre ensemble un objectif préalablement défini.**

⁵⁸ Dans le livre « Guide de survie du manager » de COMBALBERT, Laurent et LINARDOS, Dimitri, dans le chapitre 'susciter la cohésion d'équipe', les auteurs définissent « *une équipe c'est avant tout un ensemble de personnes et de compétences rassemblées pour **atteindre un objectif commun**. La compétence de l'équipe n'est pas égale à la somme des compétences individuelles, elle est bien supérieure, à condition que l'équipe soit **soudée et cohésive** et qu'elle ait conscience que cette attitude est le facteur principal de la performance collective* ».

Lors de son cours sur la gestion de la dynamique d'équipe, Patrick Farnault a présenté les différents types d'équipes recensés dans la littérature francophone sur le travail en équipe, en particulier dans le domaine de la santé.

⁵⁹Les différents types d'équipes

L'équipe non structurée : Il y a peu de discipline, pas d'esprit d'équipe.

L'équipe semi-structurée : Il peut y avoir de la discipline, de l'engagement envers le malade, mais pas de véritable esprit d'équipe.

⁵⁷ Groupe de travail ou travail d'équipe quelle différence : <https://asana.com/fr/resources/group-vs-team>.

⁵⁸ COMBALBERT, Laurent et LINARDOS, Dimitri, 2018. Chapitre 9. Susciter la cohésion d'équipe. In : Guide de survie du manager - 2e éd. Réussir dans la jungle de l'entreprise. Paris: Dunod. Management Leadership, p.107-117. URL: <https://shs.cairn.info/guide-de-survie-du-manager--9782100779345-page-107?lang=fr>.

⁵⁹ Patrick Farnault ancien directeur de l'ESM ; séquence pédagogique : « Délégation et gestion de la dynamique d'équipe ECUE 4.4.

L'équipe très structurée : Les objectifs, le travail et les méthodes sont définis, pragmatiques et rigides. La discipline est stricte mais il y a peu d'attention aux relations humaines et pas d'esprit d'équipe. C'est un groupe centré sur la tâche, la dynamique est fautive (c'est un leurre).

L'équipe conflictuelle : elle est composée de personnes qui ne s'entendent pas ou qui s'ignorent ou encore qu'une personnalité forte manipule. Il existe des tensions, des absences et de tiraillements. On assiste à un manque de motivation, la discipline n'est pas présente et il n'y a aucun esprit d'équipe car la communication est déficiente.

L'équipe unie : les membres sont liés par un but commun un fonctionnement caractérisé par la cohésion et la communication. Son mode d'action manque de pragmatisme et n'offre pas toujours l'efficacité désirée. C'est une équipe centrée sur les participants et leurs relations plus que sur les tâches et les malades.

L'équipe équilibrée : elle permet à chacun d'être soi-même, tout en apportant sa contribution au groupe. Les personnes du groupe exercent la coresponsabilité, la collaboration l'acceptation mutuelle et l'engagement. Il en résulte une scène de réactivité, une efficacité certaine et une qualité supérieure de la vie au travail. C'est une équipe qui accorde de l'importance à la fois à la tâche et aux soignants.

Les caractéristiques d'une équipe

Une équipe de travail peut être définie comme étant un groupe de personnes interagissant afin de se donner ou d'accomplir **un objectif commun**, lequel implique une **répartition des tâches** et la **convergence des efforts** des membres de l'équipe.

Cette définition fait ressortir **trois caractéristiques essentielles de l'équipe** :
Une cible commune comme un but ultime à atteindre, un produit final à réaliser.

Une tâche à opérationnaliser : une opération qui s'appuie sur les moyens, ressources et outils de chacun, ainsi que sur une procédure spécifique à suivre.

La convergence des efforts de chacun des membres : une collaboration lors de la réalisation des tâches qui s'exerce dans un climat de travail sain et de solidarité.

Ces caractéristiques rejoignent celles décrites par Roger ⁶⁰MUCCHEILLI psychosociologue et psychopédagogue « *comme la culture commune, l'intentionnalité commune vert un but collectif et voulu, l'engagement personnel et le sentiment d'appartenance* ».

À la lumière des différentes définitions et caractéristiques qui fondent la notion d'équipe, j'ai pu établir de nombreuses similitudes avec la dynamique observée au sein de mon propre groupe de travail. Cette analyse m'a progressivement amenée à la conviction que, bien que les fondements d'une équipe soient présents, le développement de la cohésion demeure un levier essentiel pour optimiser la collaboration et assurer une gestion efficace de mon projet.

⁶¹Pierre Cauvin Docteur en sciences sociales, diplômé de Sciences Po et de la Vanderbilt Graduate School of Management, est un auteur majeur sur la cohésion d'équipe. Son ouvrage « La cohésion des équipes » (ESF Sciences Humaines) est

⁶⁰ MUCHIEL R1919 –1981 ; la dynamique des groupes, ESF Editons, Paris 14ème édition, 1955.

⁶¹ Cauvin, P. (2020). Chapitre 1. Qu'est-ce que le team building ? La Cohésion des équipes : Pratique du team building (p. 15-20). ESF Sciences humaines, <https://shs.cairn.info/la-cohesion-des-equipes--9782710131229-page-15?lang=fr>.

considéré comme une référence. Il écrit que « *le gain concrètement apporté par la cohésion d'équipe se traduit de différentes manières :*

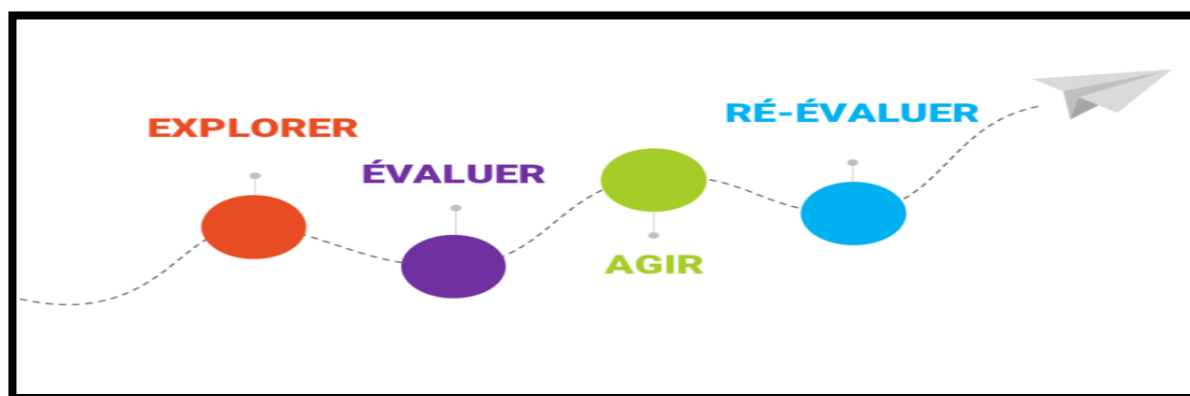
- *il facilite la circulation d'une ressource stratégique rare, l'information ;*
- *il diminue, et dans l'idéal tend à supprimer, le temps perdu en conflits internes ;*
- *il favorise une meilleure utilisation des compétences de chacun ;*
- *il oriente l'équipe vers un but commun ;*
- *il donne à chacun l'occasion de mieux exprimer ses capacités ».*

⁶² Selon Marie-Michèle Dugas, « *pour créer une équipe performante, il faut développer sa cohésion* », elle constitue un facteur-clé de performance, en favorisant la confiance, la communication et l'engagement collectif autour des objectifs communs. Elle contribue également à un esprit d'appartenance qui peut favoriser un meilleur esprit d'équipe entre l'équipe de jour et l'équipe de nuit.

Et selon Pierre Cauvin, la cohésion d'équipe n'est pas une solution toute faite. Elle s'appuie sur des concepts et des pratiques qui ont fait leurs preuves. Les apports sont nombreux, qu'ils viennent de la psychologie sociale, française, anglaise ou américaine.

Je vais utiliser un processus présenté en cours par Patrick Farnault directeur de l'ESM.

4.3.11 Le processus du développement de la cohésion d'équipe



⁶³Figure 16

La phase d'exploration permet d'engager l'équipe dans la démarche de développement. Elle a pour objectif de permettre à l'équipe d'échanger et de convenir **D'une cible concrète de performance d'équipe**, inspirante et motivante ; des règles de conduite nécessaires pour que les discussions soient franches et ouvertes.

Cette phase débute lors de la précédente réunion pendant le retour d'expérience. En effet, pendant cette réunion, tout le monde s'exprime franchement. Le constat est clair, les membres de mon équipe partagent un même but qui est une prise en charge globale de qualité du patient hospitalisé.

La phase d'évaluation a pour objectif de répondre aux questions suivantes :

- 1 Quel type d'équipe avons-nous en ce moment ?
- 2 Cela fonctionne-t-il pour nous ?
- 3 Cela suscite-t-il une prise de conscience ?
- 4 Faut-il changer quelque chose, si oui quoi ?

⁶² Marie-Michèle Dugas est une médiatrice accréditée en résolution de conflits : source, les 5 stades pour développer la cohésion d'équipe ; blog Fika Rh publié le 14/03/2024, consulté le 05 mai 2025.

⁶³ Patrick Farnault ancien directeur de l'ESM ; séquence pédagogique : « Délégation et gestion de la dynamique d'équipe ECUE 4.4.

Pour répondre à ces différentes questions, il faut commencer par faire un diagnostic de l'équipe. Cela permet de présenter une image concrète de la performance de l'équipe, de dévoiler des points de faiblesses, et de servir de base de référence pour réévaluer les progrès de l'équipe après quelques mois d'efforts. Sinon, il faudra animer une réflexion avec l'équipe afin de faire ressortir ses forces et ses faiblesses.

En m'appuyant sur les caractéristiques des différents types d'équipes, il apparaît que le service peut être analysé comme composé de deux entités distinctes. L'équipe de jour présente un fonctionnement relativement **stable et structuré**. En revanche, lorsqu'on considère l'ensemble des équipes de jour et de nuit, l'organisation globale s'apparente davantage à une **équipe semi-structurée**, caractérisée par une cohésion partielle, des routines établies, mais des tensions persistantes en matière de coordination inter-équipes. Cette lecture est confirmée tant par les observations réalisées sur le terrain que par les échanges tenus lors des réunions.

Le projet de dialyse en chambre agit comme un révélateur de **ces fragilités organisationnelles**. Il met en lumière des tensions latentes entre les deux équipes, qui sont clairement exprimées lors de la dernière réunion. Le manque de coordination autour de la préparation des patients dialysés en matinée illustre de manière concrète l'absence de cohésion et l'existence d'une forme de cloisonnement entre les équipes de jour et de nuit. Cette prise de conscience collective, bien que difficile, constitue un point de départ indispensable pour enclencher **une dynamique d'amélioration**.

La phase d'action qui s'ensuit s'appuie directement sur les éléments mis en évidence durant cette phase d'évaluation. En prenant appui sur les constats exprimés par les équipes, je suis en mesure d'identifier les problématiques prioritaires et de proposer des axes d'amélioration concrets, organisés sous forme d'un plan d'action détaillé, incluant des échéances précises et des responsables identifiés pour chaque mesure.

Les faiblesses identifiées lors de mon analyse SWOT, en particulier la **résistance au changement de l'équipe de nuit**, se confirment dès les premières semaines de mise en œuvre. Cette résistance perturbe fortement le déroulement des journées de l'infirmière dédiée à la dialyse. En comparant le planning conçu avant le démarrage du projet avec l'organisation effective des soins issue des habitudes de travail de l'équipe de nuit, on observe un véritable décalage, générateur de dysfonctionnements et de tensions.

Cette organisation, n'est pas viable sur le long terme. Elle comporte un risque de surcharge, de stress et de démotivation, et peut nuire à la qualité des soins ainsi qu'au bien-être professionnel du personnel concerné.

Les actions mises en place

Dans le cadre de l'accompagnement du projet et afin de favoriser l'implication active des équipes, je mets alors en place, sur plusieurs mois, un ensemble d'actions concrètes, structurées autour de cinq axes majeurs :

1. Conduite des entretiens annuels en fin d'année

Ces entretiens individuels constituent une opportunité précieuse pour rencontrer chaque professionnel dans un cadre confidentiel et bienveillant. Ils me permettent de recueillir des retours sincères sur leurs attentes, leurs difficultés au quotidien, mais aussi sur leur perception du projet et leur niveau d'engagement. Ces échanges personnalisés jettent les bases d'un dialogue constructif, facilitant ensuite l'organisation des temps collectifs.

2. Organisation de réunion avec les équipes de jour et de nuit

Des réunions distinctes sont programmées pour chaque équipe, afin de favoriser une libre expression sans crainte de jugement ou d'incompréhension entre les différents groupes. Lors de ces échanges, nous partageons l'état d'avancement du projet, abordé les risques inhérents à la mise en œuvre, notamment le risque d'épuisement professionnel, ainsi que la notion de devoir d'alerte. L'importance de l'esprit d'équipe est largement mise en avant. Ces temps de parole servent également à présenter la **nouvelle organisation**, clarifier les rôles, et répondre aux interrogations spécifiques.

3. Tenue d'une réunion commune réunissant l'ensemble des équipes (jour, nuit et médicale)

Cette réunion pluridisciplinaire a pour objectif de renforcer la cohésion des équipes. Elle permet de réunir toutes les parties prenantes autour des enjeux communs du projet, de valoriser les efforts fournis par chacun et de consolider une vision collective partagée.

4. Mise en place de sessions de formation adaptées au projet

Plusieurs formations sont planifiées pour répondre aux besoins identifiés. L'infirmière référente, par exemple, suit une formation en qualité et gestion des risques, qu'elle restitue ensuite à ses collègues, favorisant ainsi une dynamique de partage de savoirs. Par ailleurs, les nouvelles infirmières intégrées dans le cadre du projet bénéficient de formations spécifiques à la dialyse, leur permettant une montée en compétences rapide et valorisante. Ces temps de formation encouragent les échanges interprofessionnels et renforcent la cohésion du groupe, contribuant à créer un climat de confiance propice à la réussite du projet.

5. Réunions régulières du comité de pilotage (COPIL)

Des points d'étape sont organisés avec le COPIL afin de suivre l'avancement du projet, d'évaluer la mise en œuvre des délégations et d'ajuster les orientations si nécessaire. Ces réunions jouent un rôle de pilotage stratégique essentiel.

L'ensemble de ces actions est très constructif. Elles permettent d'installer une dynamique participative où chaque professionnel trouve sa place et s'exprime librement pour mieux comprendre les objectifs poursuivis. Le soutien actif de la cheffe de service est déterminant : par sa présence et ses interventions, elle clarifie les enjeux, rassure les équipes et désamorce certaines tensions.

La phase de réévaluation permet d'ajuster certaines solutions au besoin car l'important est de progresser et non pas d'être parfait. Cette phase peut être plus ou moins étalée dans le temps, elle permet de mesurer les progrès tout au long du projet.

Au terme des différentes réunions organisées et des ajustements opérés, le projet est désormais solidement enclenché. Les équipes commencent progressivement à retrouver leurs repères dans le cadre de la nouvelle organisation. J'observe l'émergence **d'un lien renouvelé entre les équipes de jour et de nuit**. Une dynamique de communication plus fluide s'installe : les tensions s'apaisent, car les difficultés sont désormais verbalisées et prises en compte.

Bien sûr, des aléas interviennent, quelques erreurs de planification ou imprévus logistiques. Néanmoins, l'équipe fait preuve de réactivité et n'hésite pas à alerter en cas de problème, ce qui témoigne d'une réelle appropriation du projet. De mon côté,

je reste mobilisée sur le suivi des délégataires et sur le soutien opérationnel à l'équipe.

Nous assistons à une évolution significative dans la structuration de l'équipe : nous passons d'un fonctionnement de type semi-structuré à un collectif de travail de plus en plus équilibré. Cette transformation s'est appuyée sur la mise en place progressive **d'un véritable esprit d'équipe**, cimenté par le dialogue, la confiance et la volonté commune d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

En définitive, l'équipe a traversé les **quatre étapes-clés** du développement d'un groupe vers la cohésion et la performance, telles que décrites par le psychologue ⁶⁴**Bruce Tuckman** en 1965. Ce modèle, toujours largement reconnu et utilisé, identifie les phases suivantes :

- 1- **Formation (Creating/Forming)** : les membres font connaissance, les rôles sont encore flous, et l'équipe commence à se structurer.
- 2- **Confrontation(Storming)** : les tensions émergent autour des objectifs, des responsabilités ou des relations interpersonnelles.
- 3- **Normalisation (Norming)** : l'équipe établit des règles de fonctionnement, la communication s'améliore et la confiance se renforce.
- 4- **Performance (Performing)** : L'équipe atteint une efficacité optimale grâce à une collaboration fluide et une orientation claire vers les objectifs.

*« S'unir est un début
Rester ensemble est un progrès
Travailler ensemble est un succès »
Henry Ford*

4.4 La phase Progresser

La phase progresser me permet de faire un bilan du projet et de capitaliser sur les expériences vécues pendant le projet.

5 L'évaluation/le bilan/les réajustements/la conclusion

5.1 L'évaluation du projet

5.1.1 Les indicateurs de suivi

Dans le cadre du cours « Gestion Des Risques et Qualité Des Soins⁶⁵ » de madame Justine ARNOULT ; dans l'ECUE 3.1, M1 MOS, nous avons appris que les indicateurs façonnent l'activité, ils fonctionnent comme des critères de qualité. Ils désignent ce sur quoi le travail va être mesuré.

Lors de la conférence de Madame Durand-Zaleski intitulée « Evaluation des Organisations de Soins⁶⁶ » dans l'ECUE 6.1 ; M2 MOS Management Stratégique des soins, nous avons appris que nous devons déterminer nos critères d'évaluation. Ces critères sont des indicateurs quantitatifs et qualitatifs choisis en fonction de nos objectifs fixés en début de projet. Pour cela, nous devons partir de ce qui existe déjà, des données scientifiques, des études randomisées.

⁶⁴ Bruce Tuckman est un psychologue américain qui a proposé un modèle de construction de la cohésion de groupe.

⁶⁵ Justine Arnoud professeur à l'IAE de Créteil, Cours master 1 MOS 2023-2023 « Gestions des Risques et Qualité Des Soins » ECUE 3.1.

⁶⁶ Isabelle Durand-Zaleski cours ESM M2 MOS 2024-2025 ECUE 6.1 « Evaluation Des Organisations De Soins ».

Nous avons également appris qu'il est inutile d'évaluer quand l'information n'est pas disponible, quand il n'existe pas de norme, en situation de crise et quand on ne connaît pas le périmètre de ce qu'on évalue.

Construire une démonstration, c'est prouver que les actions menées, ont bien servi à quelque chose. Cette démonstration se fait par des résultats probants.

Pour choisir mes indicateurs, je me suis référée à mes objectifs fixés en début de projets.

Les indicateurs quantitatifs

- Diminution de la DMS
- de patients dialysés en chambre sur un an
- Nombre de nouveaux patients dialysés en centre à APP
- Nombre d'IDE formées à la dialyse en chambre
- Performance financière

Les indicateurs qualitatifs

Meilleure qualité de vie des patients :

- Satisfaction de patients dialysés en chambre et des patients en soins palliatifs (satisfaction famille)
- Meilleure récupération physique observée en SMR (comparaison de la DMS)
- Satisfaction de famille et des proches aidants

Valorisation de la pratique soignante

- Satisfaction des IDE de la pratique et de la montée en compétence

Afin de mener une évaluation cohérente et d'obtenir des résultats pertinents, j'ai élaboré un tableau comparatif de certains indicateurs entre les années 2023 et 2024. Étant donné que le projet a démarré à la fin de l'année 2023, les données disponibles pour cette année sont limitées. Mon analyse se concentre donc principalement sur l'année 2024, pour laquelle nous disposons d'informations complètes sur l'ensemble de la période.

Ce tableau s'appuie à la fois sur les données fournies par le responsable applicatif médical et PMSI et sur les résultats d'enquêtes de terrain. Ces enquêtes comprennent l'analyse des questionnaires de satisfaction remplis par les infirmières, les patients et leurs proches aidants (Cf. Annexe 7 et 8).

Tableau comparatif des indicateurs de 2023 et 2024

Objectifs visés	Indicateurs qualitatifs	Résultat Année 2023	Résultat Année 2024
Meilleure qualité de vie des patients	Satisfaction des patients satisfaction de patients en soins palliatifs dialysés et des familles	Données inexistantes	90% soit 9 patients/10
	Diminution de la DMS en SMR	Données inexistantes	Données non exploitables
	Meilleure récupération physique observée par les IDE	32,1 jours	25 jours
Valorisation de la pratique soignante	satisfaction des IDEs vis à vis de la pratique	Non observée	92% soit 12 IDE/13
Objectifs visés	Indicateurs quantitatifs	Données inexistantes	85,5% soit 6 IDE/7
Performance financière de l'établissement	Diminution de la DMS en SMR	Résultat Année 2023	Résultat Année 2024
		32,1 jours	25 jours
	Résultat de l'activité de la dialyse	Non concernée	526 séances /210 629€
	Recrutement IDE	Début activité déc.2023	74 000 €
	Achat générateurs + accessoires	Début activité déc.2023	66 960 €
	consomables à raison de 60€ env/séance	Début activité déc.2023	31 560€
	coût total	Début activité déc.2023	172 520 €
Performance ETS Développer l'activité pour améliorer la qualité de vie des patients	Efficiency financière	Début activité déc.2023	38 109 €
	Augmentation activité: Nbre de nouveaux patients à APP sur 1 an	Non concernée	57 patients dont 34 places libérées par la dialyse en CH
Performance ETS Montée en compétence	Nombre de patients dialysés en chambre sur 1 an	Non concernée	34
	Nombre d'IDE formées à la dialyse en chambre	4 IDEs formées à la dialyse en chambre	7 IDEs formées à la dialyse en chambre et pratiquent régulièrement

⁶⁷Figure 17

5.1.2 Analyse des indicateurs

L'analyse du tableau montre que les objectifs principaux sont atteints.

Qualité de vie des patients dialysés : Neuf patients sur dix se disent satisfaits de la dialyse en chambre en 2024 et déclarent récupérer plus rapidement. Un jeune patient préfère toutefois la dialyse en centre pour le lien social.

Satisfaction en soins palliatifs : L'enquête écrite n'étant pas adaptée dans ce contexte, seulement deux questionnaires ont été recueillis. Néanmoins, des retours oraux ont été obtenus, tous positifs et empreints de reconnaissance.

Valorisation des pratiques soignantes : Sept IDE sur huit sont formées et pratiquent régulièrement ; six estiment que cela représente une montée en compétence. Une IDE, moins à l'aise avec la technique, demande une formation complémentaire.

Les objectifs secondaires sont atteints et l'activité est financièrement efficiente.

Benchmarking

Le service d'hospitalisation compte aujourd'hui parmi les pionniers dans la mise en place de la dialyse en chambre. Cette initiative, encore récente, a été lancée il y a à peine un an, ce qui en fait une expérience encore en phase d'expérimentation et de consolidation. À ce stade, aucune étude formelle n'a encore été menée en interne pour en évaluer l'impact de manière structurée. Afin d'enrichir l'évaluation de mon projet et de lui apporter une dimension comparative, j'ai entrepris une démarche de **benchmarking** et de recherche documentaire.

Dans le cadre de ma recherche d'éléments comparatifs, j'ai tenté de mener une enquête auprès d'un hôpital parisien, qui avait lui aussi initié un projet de dialyse en

⁶⁷ Tableaux des indicateurs : source, base de données applicatif-Médical PMSI de L'AURA Paris et résultats d'enquête de terrain sous forme de questionnaires, mars, avril, mai 2025.

chambre. Cependant, cette tentative n'a pas été concluante. L'établissement ne pratique aujourd'hui cette modalité de manière que très marginale, voire plus du tout, en raison de difficultés rencontrées au niveau de la facturation.

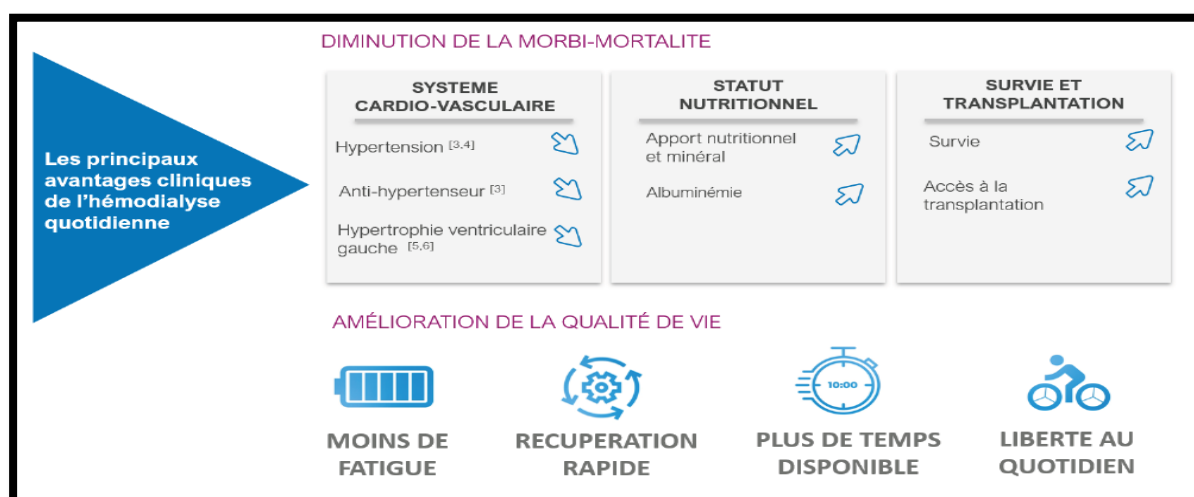
⁶⁸Résultat d'études randomisées faites sur l'hémodialyse au domicile

Les seules études réalisées avec des résultats fiables sur l'hémodialyse fréquente ou quotidienne concernent l'hémodialyse au domicile ou HDD. Comme je l'ai expliqué au début, le matériel et les techniques utilisés pour l'hémodialyse en chambre sont identiques à l'HDD qui existent depuis plusieurs années.

Quatre études principales apportent un éclairage sur l'impact de la dialyse fréquente sur la qualité de vie des patients :

- FHN Nocturnal Trial (majorité domicile) ;
- ACTIVE Dialysis Trial (mélange centre et domicile) ;
- Canadian trial (Nocturne Domicile vs HD centre) ;
- Daily Hemodialysis Trial (en centre seulement).

Sur le tableau ci-dessous, nous pouvons observer les avantages cliniques suivants :



⁶⁹Figure 18

Les différentes études ont également prouvé :

- Une amélioration du syndrome des jambes sans repos ;
- Une réduction des troubles du sommeil ;
- Moins de restriction alimentaire.

Une étude menée par le laboratoire PHYSIDIA, confirmée par une étude indépendante de l'hôpital de Valence en Espagne randomisée en cross-over avec 40 patients comparant l'HD fréquente (5 fois par semaine par 2h30) et ⁷⁰l'hémodiafiltration en centre avec un volume élevé de (3 fois par semaine) a montré une amélioration significative du bilan biologique.

Deux études RETRO et RECAP ont constaté que la performance hebdomadaire représentée par le ⁷¹KT/V dépasse la recommandation minimum de 2,1 avec 2,22 pour

⁶⁸ Dr Hamed FESSI, néphrologue et chef de service à L'AURA Paris : les bénéfices cliniques de l'HD intensive présentation au 6^{ème} congrès de la SFNDT de Toulouse 5-8 oct. 2021.

⁶⁹ Les avantages cliniques de la dialyse à domicile, source catalogue 2024 du laboratoire PHYSIDIA.

⁷⁰ **L'hémodiafiltration** est une méthode d'épuration extra-rénale qui combine hémodialyse et hémofiltration.

⁷¹ **Le KT/V** est un indicateur utilisé en néphrologie pour évaluer l'efficacité de la dialyse, en particulier l'hémodialyse et la dialyse péritonéale.

l'étude RETRO et 2,52 pour l'étude RECAP. Le taux de réduction plasmatique pour l'urée, la créatinine et le phosphate sont au-delà de 40%.

RETRO		RECAP	
TR Urée (%)	44.3	Clairance de l'Urée	9.17+/- 0,81 ml/min
spKt/V	0.66	Kt/V Hebdomadaire	2,52 +/- 0,67
eqKt/V	0.59		
Kt/V Hebdomadaire	2.22		
Masse d'urée (mmol/session)	383		
nPCR (g/kg/24 h)	0.93		
TR Créatinine (%)	46.0		
Masse Créatinine (mmol/session)	4.6		
TR Phosphate (%)	44.4		
Masse Phosphate (mmol/session)	28.3		

⁷²Figure 19

Biais probables

Les biais demeurent dans toutes les études et il n'est pas sûr de pouvoir donner une réponse définitive sur la meilleure survie de l'hémodialyse fréquente. Cependant, la première demande des patients **est une meilleure qualité de vie** et c'est ce que recherche l'équipe pluridisciplinaire de L'AURA Paris. Notre organisation doit permettre aux patients la transition d'un mode de traitement à un autre, à tout moment. Notre mission est de les accompagner avec bienveillance tout au long du parcours de soins afin d'atteindre cet objectif commun.

5.2 Le bilan du projet

Selon la méthode du Kit du chef de projet, cette phase permet de réaliser une mise au point sur ce qui a fonctionné et ce qui a moins bien fonctionné et de décider des plans d'actions à mettre en œuvre lors d'un prochain projet. Pour savoir ce qui a bien fonctionné, il faut revenir aux principaux objectifs du projet.

5.2.1 Ce qui a fonctionné

Concernant les objectifs principaux du projet, deux axes majeurs avaient été identifiés : l'amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés et la valorisation des pratiques soignantes à travers une montée en compétences des équipes.

Bien que le démarrage ait été marqué par quelques réticences, le projet a été bien accueilli par les patients, leurs familles et les professionnels de santé. A ce jour, sept infirmières sur huit sont pleinement formées à la pratique de la dialyse en chambre et la huitième est en cours de formation. Des réajustements continus ont permis de consolider cette dynamique positive et adapter l'organisation aux réalités du terrain. Un médecin est désigné quotidiennement pour superviser la dialyse en chambre à la suite de l'enquête.

Les objectifs secondaires du projet visaient à réduire la durée moyenne de séjour (DMS) en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et à accroître la file active du centre de dialyse de L'AURA Paris Plaisance. Les résultats sont probants : en 2024, la DMS a

⁷²Tableau d'études RETRO/RECAP : source, rationnel scientifique la thérapie HDDQ ; Physidia, 09/2024.

diminué d'environ 7 jours et 57 patients supplémentaires ont été accueillis, dont 34 grâce aux places libérées par la dialyse en chambre.

Enfin, la mise en œuvre de ce projet m'a offert l'opportunité d'appliquer de manière concrète les enseignements acquis au cours de ma formation à l'ESM. Ces connaissances théoriques et pratiques m'ont permis d'aborder ce pilotage de manière structurée, efficace et adaptée aux enjeux du terrain. Elles ont constitué un socle solide pour mener à bien ce projet complexe, en conciliant objectifs stratégiques et opérationnels, qualité de soins et management d'équipe.

5.2.2 Ce qu'il faut améliorer

À la suite de l'instauration de la prise en charge de deux patients par séance dans une même chambre, une partie de l'équipe soignante a exprimé le souhait de revenir à un fonctionnement en chambres individuelles. Cette demande fait écho aux résultats de l'enquête de satisfaction menée auprès des patients ayant expérimenté les deux configurations : chambre simple et chambre double. Une majorité s'est prononcée en faveur de la chambre individuelle, en raison du confort accru et du respect de l'intimité, notamment lors des visites de proches.

Prenant en compte cette évolution des attentes tout en restant attentive aux contraintes organisationnelles antérieures, cette proposition est présentée lors d'une réunion d'équipe. Un compromis a pu être trouvé, conciliant souplesse et équilibre : les soignants favorables au maintien de deux patients par séance peuvent continuer cette pratique, à condition que les chambres soient adjacentes, facilitant ainsi la surveillance. Pour ceux qui ne souhaitent pas y recourir, la dialyse est réalisée en chambre simple lorsqu'un seul patient est prévu, ou en chambre double si les conditions logistiques l'exigent.

Cette nouvelle organisation est actuellement en phase d'expérimentation progressive. Des ajustements sont effectués régulièrement à l'issue des réunions d'équipe, dans une logique d'amélioration continue.

Le projet d'agrandissement du service est bien lancé avec des chambres doubles plus grandes afin d'améliorer les conditions de prise en charge et le confort du patient.

Par ailleurs, une réflexion a été engagée autour de l'implication des aides-soignants (AS) dans la prise en charge. Si l'absence de binôme AS lors des branchements ne constitue plus une contrainte technique grâce à l'appui de l'infirmière référente et du personnel d'appui, cette organisation s'avère insatisfaisante à plus long terme. Elle limite, en effet, les opportunités de développement professionnel des AS et freine leur montée en compétence dans ce domaine spécifique.

Des évolutions à court et moyen termes ont été identifiées, par exemple :

- Prévoir une formation complémentaire à l'IDE qui en a fait la demande
- Intégrer un plus grand nombre de patients dans le programme de dialyse en chambre, en élargissant les critères de sélection ;
- Promouvoir la dialyse à domicile (HDDQ) auprès des jeunes patients hospitalisés, afin d'anticiper une transition vers une autonomie accrue post-hospitalisation.

Enfin, la réalisation d'une étude clinique s'appuyant sur les données de patients dialysés en chambre permettrait de renforcer la légitimité scientifique du dispositif mis en place. Une telle démarche offrirait des perspectives de pérennisation du projet, indépendamment des évolutions managériales, tout en posant les bases d'un modèle transférable à d'autres établissements souhaitant améliorer la qualité de vie des patients dialysés hospitalisés.

5.3 Et si c'était à refaire ?

Ce projet m'a été confié par la direction générale et la cheffe du service, sans que j'en sois à l'origine. Pour autant, en tant qu'ancienne infirmière disposant d'une solide expertise en dialyse, j'y ai immédiatement adhéré. Mon engagement dans ce projet s'est naturellement imposé, porté par ma sensibilité aux enjeux liés à l'hémodialyse et à l'amélioration de la qualité de vie des patients, des thématiques qui me tiennent particulièrement à cœur.

Malgré quelques doutes initiaux liés à un manque de confiance en moi, j'ai choisi de relever le défi. Avec le recul, si je devais piloter un projet similaire à l'avenir, je procéderaï à certains ajustements.

Dans un premier temps, je m'accorderais une plus grande confiance dès la phase de démarrage du projet. En tant que future cadre supérieure de santé, il me semblerait essentiel de prendre davantage de recul et de mobiliser, dès le départ, mes compétences stratégiques afin de favoriser une organisation plus efficace et cohérente. À titre d'exemple, j'aurais pu proposer à la direction des alternatives concernant la programmation de la visite de certification, initialement prévue au même moment que le lancement du projet. Cette visite, planifiée tous les quatre ans, peut, sous certaines conditions, faire l'objet d'une demande de report. Dans le cas spécifique du projet de dialyse en chambre, le délai contraint imposé par l'AP-HP aurait pu constituer un argument recevable pour solliciter un aménagement de la date.

J'impliquerais également un plus grand nombre d'acteurs dans le comité de pilotage (COPIL), notamment une aide-soignante, un représentant des usagers, ainsi qu'un membre de l'équipe des soins palliatifs de notre hôpital partenaire, qui accompagne régulièrement nos patients en fin de vie. En parallèle, j'aurais négocié, dès le départ, des travaux d'aménagement des chambres doubles, afin d'optimiser le confort des patients mais aussi des professionnels intervenant au quotidien.

En revanche, je ne modifierais pas certains éléments fondamentaux de mon pilotage. Mon positionnement en tant que manager bienveillant et accessible a été un levier essentiel pour instaurer un climat de confiance et obtenir l'adhésion des équipes. Mon leadership, à la fois stratégique et opérationnel, m'a permis d'assurer une interface fluide entre la direction, les équipes médicales et paramédicales. Je resterais également fidèle à la dynamique de coopération que j'ai su instaurer avec les médecins, le comité d'éthique, les psychologues, les psychiatres de l'équipe mobile de soins palliatifs, ainsi qu'avec l'ensemble des parties prenantes.

L'intégration de la présidente de la Commission des Usagers (CDU) au COPIL, en tant que représentante des usagers, a également été une décision judicieuse que je maintiendrais sans hésitation.

Perspectives/Technique innovante

Ce projet se distingue par son caractère innovant et porteur d'avenir. Bien que quelques initiatives similaires aient été expérimentées ponctuellement durant la crise sanitaire, L'AURA Paris figure parmi les pionniers à s'engager volontairement dans cette démarche. L'objectif central de ce projet demeure l'amélioration tangible de la qualité de vie des patients hospitalisés nécessitant une hémodialyse.

Par ailleurs, les résultats prometteurs des études menées auprès de patients bénéficiant de dialyse à domicile, notamment selon des modalités courtes et fréquentes, offrent des perspectives encourageantes. Ils renforcent la pertinence de cette approche et nourrissent l'espoir de nombreux patients désireux de bénéficier d'une prise en charge plus souple, moins contraignante et mieux intégrée à leur quotidien.

Conclusion

Le développement de l'hémodialyse en secteur d'hospitalisation a constitué une expérience particulièrement riche, tant sur le plan humain que managérial. Les objectifs que je partageais avec la cheffe de service, à savoir l'amélioration de la qualité de vie des patients tout en valorisant les pratiques soignantes, ont été une véritable source d'inspiration et un fil conducteur tout au long de la conduite de ce projet.

Dans un contexte où les réformes successives du système de santé tendent à privilégier les logiques économiques, parfois au détriment de la qualité du soin, notre association, L'AURA Paris, se distingue par un engagement profondément humain : *placer le bien-être du patient au cœur de chaque décision et de chaque accompagnement*. Cet ancrage éthique a donné tout son sens à mon action.

Plusieurs facteurs ont, à mon sens, contribué à la réussite de ce projet :

Sur le plan méthodologique, les enseignements reçus dans le cadre de mon Master 2 m'ont fourni les outils théoriques et pratiques nécessaires pour construire une démarche structurée, cohérente et adaptée au terrain. La communication, l'accompagnement au changement et la formation des équipes ont été menés dans une logique de sens et de progression partagée. Ces apports m'ont également permis de mobiliser un leadership stratégique, notamment dans le cadre des dialogues de gestion avec la direction générale.

Les lectures, les ressources académiques, les retours d'expériences issus du réseau professionnel ont été autant de leviers pour nourrir ma réflexion, prendre du recul sur ma posture et renforcer ma légitimité.

Aujourd'hui, je me sens mieux outillée et armée pour faire face aux défis du quotidien. Ce travail m'a permis de redéfinir mon positionnement en tant que leader à la fois opérationnel et stratégique, capable d'anticiper, de fédérer et de conduire une transformation durable.

Au-delà des apports intellectuels, ce mémoire a été une véritable aventure humaine. J'ai appris à écouter autrement, à fédérer autour d'un projet porteur de sens, à incarner une vision tout en demeurant ancrée dans la réalité du terrain. J'ai surtout compris que le changement ne s'impose pas, il se construit pas à pas, dans une dynamique d'accompagnement, d'humilité et de constance.

Ce travail ne marque pas une fin, mais bien un nouveau départ. Il alimente en moi l'envie de poursuivre, d'apprendre, de transmettre et de manager autrement avec rigueur, avec humanité et avec la volonté de faire évoluer les organisations au service du soin, de la qualité et du respect de chaque personne.

Bibliographie

Le projet d'établissement de L'AURA Paris ; « Plan de Solidarité Régional des Maladies Rénales Chroniques, Stratégie de L'AURA Paris 2023-2027 » (page11-19).

Dr Hafedh FESSI Néphrologue et chef de service de L'AURA Paris site de Châtillon ; « Bénéfices cliniques de l'hémodialyse intensive », présentation au 6^{ème} congrès de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation de Toulouse 5-8 oct.2021.

Pesqueux, Y. (2008). Le changement, dérive organisationnelle. L'Expansion Management Review, 129(2), (p.10-16) ; <https://doi.org/10.3917/emr.129.0010>.

Foudriat M. (2015) ; Le changement organisationnel Réflexions sur les conceptions méthodologiques. Dans Girard, J, Méry, I. et Mounir, H. (dir.), Les chefs de service à l'épreuve du changement.(p.530).Dunod.<https://doi.org/10.3917/dunod.girar.2015.01.0005/>.

H. Landier Mal management : « l'entreprise ne peut réussir le changement contre ceux qui en subissent les effets » Humanisme et Entreprise n° 296, pages 81 à 91 Février 2010, éditeur A.A.E.L.S.H.U.P. France.

Suzy Canivenc, Les nouveaux modes de management et d'organisation. Innovation ou effet de mode ? page 36, Paris, Presses des Mines, 2022.

PESQUEUX, Yvon, 2008. Un modèle organisationnel du changement ? Communication & Organisation, 2008/1 n°33, p.86-92. DOI : 10.4000/communicationorganisation.490. URL:<https://shs.cairn.info/revue-communication-et-organisation-2008-1-page-86?lang=fr>.

Berghmans, C. (2010) . Chapitre 2. Le stress au travail : un enjeu pour les ressources humaines. Stress au travail. (p. 41 -85). Dunod. <https://shs.cairn.info/stress-au-travail-9782100543168-page-41?lang=fr>.

Site de l'ANACT, ARACT : 10 questions sur la prévention des Risques Psycho-Sociaux ; consulté le 23 février 2025 ; <https://www.anact.fr/10-questions-sur-la-prevention-des-risques-psychosociaux>.

Évaluation des démarches de prévention des risques psychosociaux dans les hôpitaux publics ;Anact,2018 ; <https://www.anact.fr/evaluation-des-demarches-de-prevention-rps-dans-les-hopitaux-publics?>.

Risques psychosociaux (RPS) à l'hôpital : manifestation, prévention et gestion ; <https://www.weka.fr/fiches-et-outils/risques-psychosociaux-rps-a-l-hopital-manifestation-prevention-et-gestion-13113/?>.

Marchat Hugues ; Le kit du chef de projet, collection livres, outils, 7ème édition, Eyrolles, 2023.

Lecomte J, Kurt Lewin (1890-1947) ; La dynamique de groupe Dans : Nicolas Journet éd., *Les grands penseurs des Sciences humaines* (pp. 95-98). Auxerre : Éditions Sciences humaines, 2016.

Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Chapitre 2. Comment faire de la conduite du changement ? Méthode de conduite du changement - 5e éd. : Diagnostic, Accompagnement, Performance (p. 35-56). Dunod. <https://shs.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-35?lang=fr>.

Autissier, D. et Moutot, J.-M. (2023). Chapitre 9. Piloter une action de conduite du changement. Méthode de conduite du changement - 5e éd. : Diagnostic, Accompagnement, Performance (p.239-269). Dunod. <https://shs.cairn.info/methode-de-conduite-du-changement--9782100848874-page-239?lang=fr>.

AUTISSIER, David, JOHNSON, Kevin et METAIS-WIERSCH, Emily, 2018. Du Changement à la Transformation. Question(s) de management, 2018/2 n° 21, p.45-54. DOI : 10.3917/qdm.182.0045. URL : <https://shs.cairn.info/revue-questions-de-management-2018-2-page-45?lang=fr>.

Tavan, Jean-Michel. « Chapitre 18. Pour un management juste, ou l'art de la délégation... ». Manuel de direction en action sociale et médico-sociale - 2e éd. Dunod, 2019. p.433-457. CAIRN.INFO, shs.cairn.info/manuel-de-direction-en-action-sociale-et-medico-so--9782100788323-page-433?lang=fr.

Thibault BAHEUX : Délégation efficace, activez le pouvoir du collectif, page 17,20. GERESO ÉDITION;153 P; Date de parution : 15 septembre 2022.

Cauvin, P. (2020). Chapitre 1. Qu'est-ce que le team building ? La Cohésion des équipes : Pratique du team building (p. 15-20). ESF Sciences humaines. <https://shs.cairn.info/la-cohesion-des-equipes--9782710131229-page-15?lang=fr>.

Combalbert, L. et Deluz, D. (2024). Introduction. La négociation : Un peu de psychologie pour les pros qui veulent apprendre à négocier (p. 7-9). Dunod. <https://shs.cairn.info/la-negociation--9782100869411-page-7?lang=fr>.

Combalbert, L. et Linardos, D. (2018). Chapitre 9. Susciter la cohésion d'équipe. Guide de survie du manager - 2e éd. : Réussir dans la jungle de l'entreprise (p. 107-117). Dunod. <https://shs.cairn.info/guide-de-survie-du-manager--9782100779345-page-107?lang=fr>.

Combalbert, L. et Deluz, D. (2024). Chapitre 1. Le conflit : un désaccord qui s'exprime. La négociation : Un peu de psychologie pour les pros qui veulent apprendre à négocier (p. 11-34). Dunod. <https://shs.cairn.info/la-negociation--9782100869411-page-11?lang=fr>.

Sy, H. (2019). « Être et avoir » dans le travail d'équipe. VST - Vie sociale et traitements, N° 144(4), 24-31. <https://doi.org/10.3917/vst.144.0024>.

Lecomte, Jacques. « Kurt Lewin (1890-1947): La dynamique de groupe ». *Les grands penseurs des Sciences Humaines*, Éditions Sciences Humaines, 2016, p. 95-98, <https://doi.org/10.3917/sh.journ.2016.01.0095>.

Lenepveu, D. et Sue, I. (2021) . Fiche 3. Dynamique de groupe. DEAES 60 Fiches de révisions Diplôme d'État Accompagnant éducatif et social. (p. 13 -15). Vuibert. <https://shs.cairn.info/deaes-60-fiches-de-revisions--9782311210095-page-13?lang=fr>.

CLOT, Yves, 2015. 2. La qualité empêchée. In : Le travail à cœur Pour en finir avec les risques psychosociaux. Paris : La Découverte. Poche / Essais, p.39-67. URL : <https://stm.cairn.info/le-travail-a-coeur--9782707185310-page-39?lang=fr>

Délégation efficace Activez le pouvoir du collectif ,Auteur : Thibault BAHEUX Édition Géreso 15 septembre 2022 (153 pages).

Apports pédagogique M1-M2 :

Projet Managérial ECUE 7.2 cours de master 2 ; de Patrick Farnault directeur de l'ESM

Ma-Jo ESteve séquence pédagogique : La boîte à outils ECUE 6.3 master 2 « Les outils du Cadre supérieur de santé ».

Xavier MARCHAND ; Séquence pédagogique : ECUE 7.1 : Transformer les relations humaines et sociales.

Jean-Paul DUMOND, Transformer les Organisations de Santé, master 2 UE 5.2 la dimension culturelle page 80.

Isabelle DURAND-ZALESKI ; cours ESM M2 MOS 2024-2025 ECUE 6.1 « Evaluation Des Organisations De Soins ».

Justine ARNOUD professeur à l'IAE de Créteil ; cours master 1 MOS 2023-2023 « Gestions des Risques et Qualité Des Soins » ECUE 3.1 Slide 39.

Sites internet consultés

Site de « L'AURA Paris » Consulté plusieurs fois entre 2024-2025 ; <https://auraparis.org/fr/>.

Agence de la biomédecine « Le rapport médical et scientifique sur la greffe rénale en France », consulté le 17 janvier 2025 : <https://rams.agence-biomedecine.fr/>.

Centre de néphrologie Léon-Blum, Lyon consulté le 18 février 2025 ; <https://www.nephrologie-lyon.com/anatomie-et-role-des-reins.html>.

Objectifreinsanté « Tous unis pour vos reins », consulté le 20 février 2025 ; <https://objectifreinsante.org/insuffisance-renale-les-derniers-chiffres-en-france/>

Lemonlearning « Le changement organisationnel » consulté le 10 février 2025 ; <https://lemonlearning.com/fr/blog/changementsorganisationnels#:~:text=Les%20changements%20organisationnels%20sont%20des,adapter%20aux%20d%C3%A9fis%20du%20march%C3%A9>.

Académie de Versailles : « la gestion du changement dans l'entreprise » ; consulté le 03 février 2025 ; <https://creg.ac-versailles.fr/La-gestion-du-changement-dans-l-entreprise>.

Ministère du travail, « Les Risques Psycho-Sociaux » consulté le 28 février : <https://travail-emploi.gouv.fr/la-prevention-des-risques-psychosociaux-rps>.

Dictionnaire Larousse « Le stress définition » consulté le 28 février 2025: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stress/74848>.

Site de l'AP-HP : « Les maladies rénales chroniques »: <https://pitiealpetriere.aphp.fr/service-nephrologie/maladies-renales/#1472115452108-d2a5dc88-c2bd>.

Dr Schär Institute Le traitement conservateur consulté le 20 janvier 2025: <https://www.drschaer.com/fr/institute/a/mrc-therapie>.

Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation : « Les coûts de la dialyse en France », consulté le 18 décembre 2024 ; https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/medias/documents/2024-06/Maladies%20re%CC%81nales%20chronique%20_%20NON%20Madame%20la%20CNAM%2C%20il%20ne%20faut%20pas%20attendre%20la%20dialyse.-2.pdf.

France Rein « les chiffres-clés de la maladie rénale en France, consulté les 20 décembre 2024, le 10 janvier 2025, le 20 avril 2025 : <https://www.francerein.org/actualites/les-chiffres-cles-de-la-maladie-renale/>.

Site Néphropôle Lyon-Villeurbanne consulté le 22 décembre 2024 : anatomie du rein ; <https://www.nephrologie-lyon.com/anatomie-et-role-des-reins.html>.

Les sept étapes pour diminuer la résistance au changement site mandarine académie consulté le 18 janvier 2025 ; <https://www.mandarine.academy/transformation-digitale-et-entreprises/7-etapes-diminuer-resistance-changement/>.

Asana « La dynamique de groupe » consulté le 25 février 2025 ; <https://asana.com/fr/resources/improving-group-dynamics>.

Fika Rh: les 5 stades pour développer la cohésion d'équipe, Marie-Michèle Dugas ; blog Fika Rh publié le 14/03/2024, consulté le 05 mai 2025. <https://fikarh.com/le-blog/5-stades-pour-d%C3%A9velopper-la-coh%C3%A9sion-d%C3%A9quipe>.

Denis Cristol: "Être leader, ça s'apprend", consulté le 03 février 2025 ; <https://www.youtube.com/watch?v=T1sr7Z8ECXQ>.

Le cadre règlementaire

L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale est exercée selon les quatre modalités suivantes Art R.6123-54 du Code de la Santé Publique, site Légifrance consulté le 16 décembre 2024 ; https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006190812/

Le ratio infirmier/patient en hémodialyse ;

[https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917063#:~:text=Pe ndant%20les%20s%C3%A9ances%20d'entra%C3%A9nement,infirmi%C3%A8res%20de%20l'%C3%A9quipe%20susmentionn%C3%A9e](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006917063#:~:text=Pe%ndant%20les%20s%C3%A9ances%20d'entra%C3%A9nement,infirmi%C3%A8res%20de%20l'%C3%A9quipe%20susmentionn%C3%A9e).

Décret de compétence de la profession infirmière ;

L'IDE réalise la dialyse selon le décret de compétence de la profession du 29/07/2004 dont l'Article R 4311-9 relative à l'utilisation et à la surveillance des appareils de circulation extracorporelle
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000001070813.

La responsabilité de l'employeur face aux Risques Psycho-Sociaux ;

Selon l'article L.4121-1 du code du travail), *art.L.1152-1 et L1153-1 et L.1142-2-1*,
[https://www.google.com/search?q=Selon+l%E2%80%99article+L.4121-1+du+code+du+travail\)%2C&rlz=1C1CHBD_frFR1095FR1095&oq=Selon+l%E2%80%99article+L.4121-1+du+code+du+travail\)%2C&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIICA EQABgWGB4yCggCEAAyChgWGB4yCAgDEAAyFhgeMqglBBAAGBYHjIKCAUQABiABBiiBDIKCAYQABiABBiiBNiBBzkyMmowajSoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=Selon+l%E2%80%99article+L.4121-1+du+code+du+travail)%2C&rlz=1C1CHBD_frFR1095FR1095&oq=Selon+l%E2%80%99article+L.4121-1+du+code+du+travail)%2C&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIICA EQABgWGB4yCggCEAAyChgWGB4yCAgDEAAyFhgeMqglBBAAGBYHjIKCAUQABiABBiiBDIKCAYQABiABBiiBNiBBzkyMmowajSoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8).

Table des annexes

Annexe 1 : Fiche projet
Annexe 2 : Lettre de mission
Annexe 3 : Rétroplanning des étapes sous forme de diagramme de GANT
Annexe 4 : Programme de formation sur le générateur Physidia
Annexe 5 : Programme de formation à l'hémodialyse en chambre
Annexe 6 : Audit d'évaluation de compétence des IDE formés
Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction des patients (2 exemples sur 10)
Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction des IDE (2 exemples sur 13)
Annexe 9 : Tableau du chiffrage des coûts

Annexe 1 : Fiche projet

	Fiche projet « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025
NOM : DUMAS Daniela INTITULE du projet managérial : « Mise en place de l'hémodialyse en chambre pendant hospitalisation, quel accompagnement managérial ? »	
CONTEXTE D'EMERGENCE : Fermeture par obligation d'un centre de dialyse de l'entreprise et ouverture d'urgence d'un nouveau centre. Projet inscrit dans le projet de l'établissement avant la fermeture du centre	
REFERENCES REGLEMENTAIRES : Code la santé publique (Art R1110- Art 6441-2)	
OBJECTIFS INSTITUTIONNELS : Dialyser les patients hospitalisés en chambre (sauf contre-indications) afin de libérer des places au centre de dialyse AURA Paris Plaisance pour accueillir les patients du centre de Corentin Celton avant l'ouverture du centre de dialyse de Chatillon Développer l'hémodialyse en secteur d'hospitalisation complète MCO/SMR Améliorer la qualité de vie des patients hospitalisés, notamment les patients en fin de vie (moins de fatigue et visite des proches sans contrainte de temps) Diminuer la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en SMR en favorisant une meilleure récupération par l'hémodialyse en chambre Valoriser la pratique soignante par une montée en compétence Augmenter l'offre d'hémodialyse sur le site de L'AURA Paris Plaisance.	
ACTEURS DU PROJET Responsable : DUMAS Daniela Auteurs impliqués : La Cheffe du service et le staff médical, le directeur général, le directeur des soins, le directeur des ressources économique, la cadre supérieure de santé, l'IDE référente de l'activité, les pharmaciens, les équipes logistiques, l'équipe paramédicale et les soins de support, les secrétaires, les ASH, le laboratoire prestataire PHYSIDIA, les collègues cadres des autres sites de l'AURA.	

CALENDRIER PREVISIONNEL :

Début du projet : novembre 2023
Échéance : courant 2025

MOYENS : RESSOURCES HUMAINES ET LOGISTIQUES

Moyens humains :

Un médecin chef de service et le staff médicale, une infirmière référente de l'hémodialyse en secteur d'HC, des IDEs avec le recrutement de 2 IDEs supplémentaires. Le laboratoire partenaire, les équipes de pharmacie et de la logistique.

Le coût lié à la formation : le remplacement pendant la période de formation

Formation de toutes les anciennes IDEs par le prestataire dans le service

Formation des nouvelles IDEs au Pôle d'Autonomie de Dialyse à Domicile (PADD) pendant une semaine puis en doublon avec l'IDE référente jusqu'à autonomisation.

Moyens logistiques :

Quatre générateurs dédiés à l'activité avec un support sur roues par générateur
Deux lieux de stockage sécurisés un au niveau de l'étage et un au 1^{er} étage pour le stock tampon)

Le stockage du matériel au magasin et sur le site de Verrières Le Buisson

Un chariot de soin dédié

Petits matériels : un glucomètre dédié exclusivement à l'activité

Gestion des consommables avec le service de pharmacie et la logistique
Commande de deux bacs à fond remontant

Un ordinateur portable sur Ergotron avec l'installation du logiciel de gestion des séances de dialyse.

MODE DE FONCTIONNEMENT :

En octobre 2023 une première réunion avec la direction pour le lancement du projet.
Mise en place du comité de pilotage composé d'un chef projet, du chef de service, du directeur adjoint, de la cadre supérieure de santé (membre de la CDU), de l'IDE référente, de la pharmacienne, l'équipe de la logistique et de l'informatique

Mise en place d'un retroplanning avec un démarrage prévu début décembre 2023 car le centre de Corentin CELTON ferme le 15 décembre 2023.

Au total 6 réunions sont organisées dans le service avec l'équipe médicale et paramédicale entre fin octobre et fin décembre

Une réunion est organisée avec le prestataire fournisseur des générateurs de dialyse PHYSIDIA

Une réunion par semaine avec les cadres de santé animée par le directeur général pendant laquelle je présentais l'avancement du projet

Mise au point régulière en staff pluridisciplinaire avec la cheffe du service et l'IDE référente avec des réajustements.

RESULTATS ATTENDUS :

A court terme :

Les résultats sont déjà connus parce que l'objectif était de dialyser les patients hospitalisés en chambre (sauf contre-indications) afin de libérer des places au centre de dialyse AURA Paris Plaisance pour accueillir les patients du centre de Corentin Celton avant l'ouverture du centre de dialyse de Chatillon. Le centre de Chatillon a ouvert depuis le 26 février 2024, tous les patients du centre de Corentin Celton ont rejoint le nouveau centre de Chatillon.

A moyen et à long terme :

Développer l'hémodialyse en secteur d'hospitalisation complète MCO/SMR

Diminuer la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en SMR en favorisant une meilleure récupération par la dialyse en chambre

Offrir un meilleur confort aux patients en soins palliatifs

Augmenter l'offre d'hémodialyse sur le site de L'AURA Paris Plaisance

Préparer l'ouverture de l'extension du service prévue pour 2026 en prévoyant une augmentation de l'activité de la dialyse en chambre, (recrutements à prévoir, nouveaux générateurs avec d'autres prestataires)

Prévoir des chambres doubles plus grandes dédiées à la dialyse dans le plan dans la nouvelle extension.

VALIDATION : Projet validé

CRITERES D'EVALUATION : Indicateurs quantitatifs et qualitatifs

- Nombre de patients satisfaits de la dialyse en chambre
- Nombre de patients dialysés en chambre sur un an
- Nombre de nouveaux patients dialysés en centre à APP
- Nombre de récupération rapide en SMR (comparaison de la DMS)
- Nombre de patients accompagnés en soins palliatifs
- Nombre d'IDE formées à la dialyse en chambre

- Nombre d'IDE satisfaites de la pratique
- Satisfaction des patients et des proches aidants
- Qualité de vie des patients / (faire une série temporelle, comparaison avec un avant et un après)
- Efficacité et performance élevées KT/V : qualité de la dialyse / comparaison à une norme
- Amélioration clinique

*(En hémodialyse, la bonne épuration du sang c'est-à-dire l'épuration de l'urée pendant la séance d'hémodialyse est exprimée par le Kt/V.

REFERENCES UNIVERSITAIRES :

Selon l'agence de la biomédecine en France en 2022, près de 3 millions de personnes souffrent d'une maladie rénale chronique avec l'apparition de 10000 nouveaux cas par an.

93 000 patients sont au stade de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), une condition d'extrême gravité qui nécessite une transplantation rénale ou la mise en place d'un traitement de suppléance par hémodialyse ou dialyse péritonéale.

Environ 51000 patients sont dialysés, 41000 sont greffés, environ 8400 patients décédés parmi les dialysés et 1500 chez les greffés

L'activité de la dialyse est codifiée par la Circulaire DHOS/SDO n° 2003-228 du 15 mai 2003 relative à l'application des décrets n° 2002-1197 et 2002-1198 du 23 septembre 2002

L'autorisation des établissements se fait par l'article R 6123-54 du Code de santé publique du 26 juillet 2005

Plan de Solidarité Régional des Maladies Rénales Chroniques-Stratégie AURA Paris 2023-2027

Concepts clés et auteurs de référence :

Insuffisance rénale chronique, hémodialyse, dialyse Péritonéale

France Rein/Agence de la Biomédecine

KT/V: <https://www.nephrohug.ch/2015/04/21/le-ktv-explique-simplement/>

Annexe 2 : Lettre de mission

 AURAPARIS ASSOCIATION POUR LE REIN	Lettre de mission « Projet Managérial » Master 2 « Management des Organisations Soignantes » 2024-2025	 UPEC UNIVERSITÉ PARIS EST CRÉTEIL  FACULTÉ DE SANTÉ  ESM Parcours & Recherche en Santé
--	---	--

Désignation du projet :

Développer l'activité de l'hémodialyse en secteur hospitalisation MCO/SMR

Commanditaire : Pr Emmanuelle PLAISIER, Chef de Service

Nom du responsable du projet : Daniela DUMAS

Missions du responsable de projet :

- Développer l'hémodialyse en secteur d'hospitalisation complète MCO/SMR
- Diminuer la Durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en SMR en favorisant une meilleure récupération par la dialyse en chambre
- Optimisation de la prise en charge des patients hémodialysés pour une meilleure adéquations avec les actes diagnostiques, thérapeutiques et la réhabilitation durant leur séjour hospitalier.
- Offrir un meilleur confort aux patients en soins palliatifs
- Augmenter l'offre d'hémodialyse sur tout le site de l'AURA Paris Plaisance

Moyens alloués : Ressources humaines et logistiques, équipe médicale et paramédicale, l'équipe de la logistique, le laboratoire partenaire

Modalités de reporting : Tableaux de suivi d'activité mensuel et suivi paramètres qualitatifs (KT/V hebdomadaire, incident en séance, échec de technique...)

Durée : 1 an et demi

Documents de référence :

L'AURA est autorisée conformément à l'article 6123-54 du Code de santé publique du 26 juillet 2005

Plan de Solidarité Régional des Maladies Rénales Chroniques – Stratégie AURA Paris 2023-2027

Date : 13/11/2024

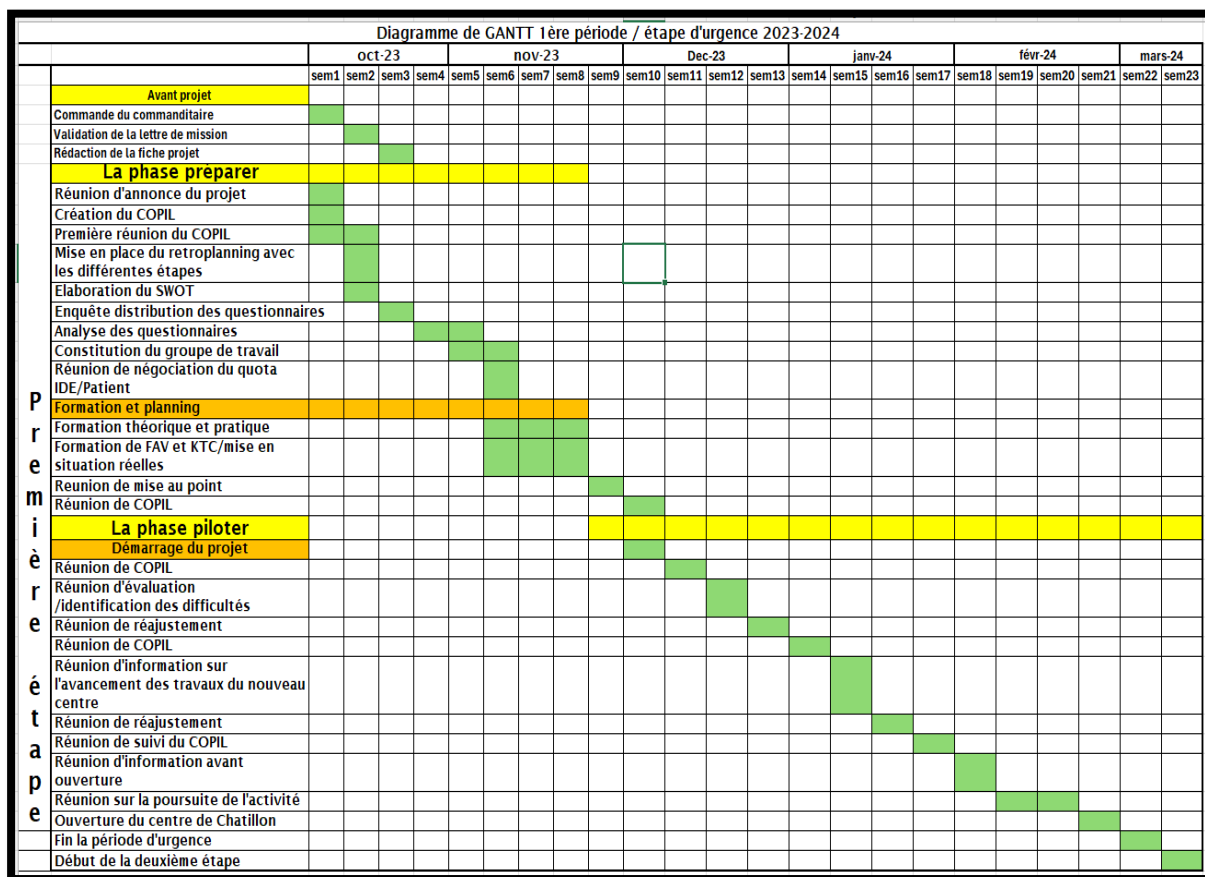
Signature du commanditaire :



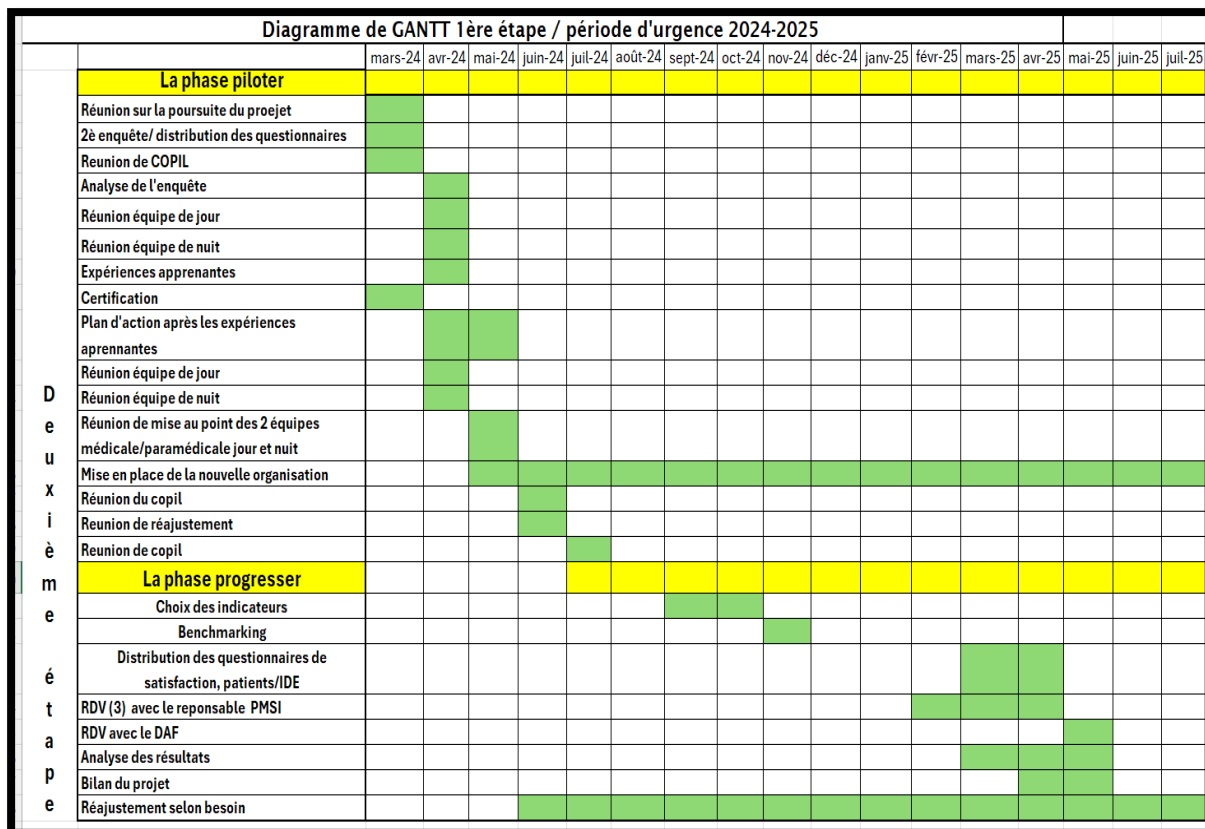
Signature du responsable du projet



Annexe 3 : Rétroplanning 1ère étape



Rétroplanning 2ème étape



Annexe 4 : Programme de formation sur le générateur Physidia

- Observation d'une séance complète en chambre jusqu'au nettoyage du générateur
- J2 à J4 Prise en charge de la dialyse de 2 patients
- J2 : observation d'un branchement/débranchement sur KT
- J2 à J4 : prise en charge de 1 à 2 patients sur la supervision de l'infirmière formatrice (sur FAV et si possible sur KT) en insistant particulièrement sur les points suivants :
 - Installation/ergonomie (patient et soignant)
 - Hygiène / asepsie
 - Ponction/ KT
 - Sécurité/ surveillance
 - Organisation/ collaboration
 - Compréhension/ transmissions
 - Rangement/ commande
- Entre J2 et J4 : réalisation d'un deuxième atelier résolution des alarmes (montage à blanc)
- Bilan de la première semaine de formation : échange avec l'étudiant sur son ressenti (facilités et difficultés), bilan pratique (grille évaluation de la maîtrise du S3, grille évaluation séance N3), dégagement d'axes d'amélioration en collaboration avec l'infirmier formé
- Présentation des objectifs de la 2^{ème} semaine

Deuxième semaine (2 jours de 7H et 2 jours de 12H)

Cette semaine est axée sur la coordination dans la prise en charge de 2 puis 3 et 4 patients

J5 ET J6 : prise en charge de 2 à 3 patients

Réajustement des points techniques à améliorer si nécessaires.

Une attention particulière sera portée sur la gestion des horaires et sur les surveillances.

Les problématiques rencontrées (alarmes, hypotension...) seront systématiquement analysées en fin de séance afin de s'assurer de leur compréhension et de leur résolution future.

J7 ET J8 : prise en charge de 4 patients avec l'évaluation d'un branchement sur FAV et sur KT.

A la fin de ces 2 semaines de formation, l'infirmier formé effectuera le bilan de sa formation avec le cadre de santé et l'infirmier formateur.

Organisation de la suite de la formation en fonction des objectifs atteints par l'infirmier.

PROGRAMME DE FORMATION INFIRMIER A LA DIALYSE EN CHAMBRE SUR GENERATEUR PHYSIDIA

L'infirmier aura reçu préalablement une formation théorique et pratique au PADD (5 jours) concernant la dialyse sur générateur Physidia (S3), une formation sur les abords vasculaires dans le service d'hémodialyse de l'APP (5 jours). La formation sera complétée par une semaine de formation théorique au centre de formation (FID).

La formation en hospitalisation a pour but de former l'infirmier aux spécificités de la dialyse en chambre sur S3 jusqu'à son autonomisation dans la gestion et la réalisation des séances de dialyse en chambre. La formation se déroule sur 2 semaines en doublon avec l'infirmier référent (elle pourra être poursuivie si nécessaire).

Première semaine (4 journées de 7h, 1^{ère} journée détachée du planning de dialyse)

J1 Bilan et présentation du fonctionnement de la dialyse en chambre

- Echange avec l'infirmier sur sa formation au PADD et en centre
- Présentation du déroulement de la formation et des objectifs attendus
- Evaluations théorique et pratique des connaissances acquises :
 - autoévaluation S3 (documents Physidia)
 - quizz de connaissances théoriques
 - Montage d'un générateur à blanc
 - Evaluation de la gestion des alarmes récurrentes sur un montage à blanc
- Réajustement des connaissances théoriques et pratique si nécessaire
- Présentation de l'organisation et de la gestion de la dialyse en chambre
 - Horaires et organisation d'une journée de dialyse (prise des transmissions, planning de dialyse, gestion des séances en collaboration avec l'équipe de l'installation à la fin de séance, préparation des séances pour le lendemain)
 - Présentation du local : présentation du chariot et du classeur « dialyse », rangement du matériel et des générateurs, organisation des commandes, téléphone de dialyse
 - Présentation du chariot médial (évaluation de la pratique de l'infirmier formé, remise du code médial, rangement et règles d'utilisation et de fonctionnement)

Annexe 5 : Programme de formation à l'hémodialyse en chambre

PROGRAMME DE FORMATION A L'HEMODIALYSE EN CHAMBRE													
NOM IDE													
NOM DU FORMATEUR													
SEMAINE													COMMENTAIRE
DATE													
MODULE CONNAISSANCES THEORIQUES													
Auto évaluation connaissance théorique (questionnaire)													
Fonctions du rein													
IRC :													
✓ causes													
✓ stade													
✓ complications /symptômes													
✓ paramètres biologiques de surveillance													
✓ OAP													
Hémodialyse :													
✓ osmose													
✓ convection													
✓ rôle du générateur													
✓ dialyseur													
✓ dialysat													
✓ poids sec													
✓ UF													
Légende : V=VU R=Réalisé A=Acquis													

DATE													COMMENTAIRE
Abords de dialyse :													
✓ FAV													
▪ principe (film)													
▪ localisation													
▪ principe de la ponction													
▪ recirculation													
▪ complications/symptômes													
▪ surveillance													
✓ KT													
▪ principe													
▪ types													
▪ complications/symptômes													
▪ surveillance													
Séance d'hémodialyse :													
✓ le rinçage (rôle, surveillance)													
✓ l'amorçage (rôle, surveillance)													
✓ la dialyse (surveillance)													
✓ la restitution (rôle, surveillance)													
✓ la coagulation/ l'anti-coagulation													
✓ hypotension et CAT													
✓ élévation PV et CAT													
✓ diminution PA et CAT													
MODULE ORGANISATION													
Prendre connaissance du planning de dialyse et des RDV													
Transmettre avec IDE à la prise de poste													
Transmettre avec l'équipe médicale													
Organiser et collaborer avec :													
✓ la cadre de santé													
✓ l'équipe médicale													
✓ le binôme IDE/AS du secteur													
✓ l'ASH et l'équipe de ménage													
Légende : V=VU R=Réalisé A=Acquis													

[illegible]

Annexe 6 : Audit dévaluation de compétence des IDE formés

AUDIT DE LA FORMATION HEMODIALYSE EN CHAMBRE			
NOM IDE			
NOM DE LA FORMATRICE			
DATE :	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRE
PATIENT			
Veiller au bien être du patient			
Veiller à la sécurité du patient			
S'adapter au patient			
Maîtriser le stress du patient			
Transmettre les informations nécessaires au patient			
DIALYSE EN CHAMBRE			
Maîtriser l'organisation de la dialyse en chambre			
Maîtriser les horaires			
Maîtriser la surveillance de la dialyse en chambre			
Gérer le changement de générateur en cas de panne			
Gérer les commandes et le rangement du matériel			
Préparer les séances du lendemain			
Réaliser les transmissions écrites et orales			
Collaborer avec tous les intervenants :			
✓ Médecin			
✓ Le cadre de santé			
✓ IDE			
✓ Aide soignants			
✓ ASH			
✓ Secrétaire			
✓ Pharmacie			
✓ Magasin			
✓ Service de dialyse			

DATE :	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRE
Réaliser le prélèvement pour l'HGT			
Réaliser les prélèvements biologiques (FAV et KT)			
Surveiller les pressions artérielles et veineuses et CAT			
Adapter les fenêtres d'alarme			
Réaliser la surveillance des constantes pré, per et post dialyse et CAT			
Réaliser la surveillance clinique du patient et CAT			
Laisser le bras de la FAV visible			
Surveiller l'abord vasculaire			
Surveiller la CEC			
Analyser la qualité de la restitution			
Respecter les règles d'hygiène et d'asepsie :			
✓ Manipulation des lignes avec compresses +chlorexidine alcoolique 2%			
✓ Frictions hydro alcooliques des mains			
Utiliser le matériel de protection visant à la prévention des AES :			
✓ Sur blouse			
✓ masque			
✓ lunette de protection			
✓ gants			
✓ boîte OPCT			
Eliminer les déchets selon la filière adéquate			
FAV			
Laver la FAV			
Mettre un masque au patient			
Utiliser des gants stériles pour la ponction			
Utiliser le set de br/dbr FAV			
Utiliser l'antiseptique selon protocole ou prescription			
Utiliser des aiguilles ou angiocaths selon prescription			

DATE :	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRE
GENERATEUR PHYSIDIA			
Voir le document : Evaluation de la maîtrise S3			
Monter le générateur avec un rein plein			
Organiser le poste de dialyse en chambre			
LOGICIEL MEDIAL			
Vérifier le matériel selon prescription			
Enregistrer le matériel			
Valider les prescriptions			
Lire les transmissions			
Gérer le relevé des paramètres			
Valider la fin de séance			
Réaliser des transmissions ciblées			
Editer la feuille de dialyse			
Editer les prélèvements biologiques			
SEANCE D'HEMODIALYSE			
Installer le patient			
Sécuriser le patient pré, per et post dialyse			
Réaliser la pesée du patient (chaise balance et lève malade) et l'analyser			
Vérifier l'absence de bulles dans les lignes			
Mettre en route la pompe à sang entre 100 et 150 ml			
Augmenter la pompe progressivement en surveillant les pressions			
Réaliser la fixation des lignes			
Désinfecter les sites d'injection			
Réaliser l'injection de l'anticoagulant			
Réaliser une transfusion			
Réaliser les administrations des médicaments suivants : ✓ Vitamines et oligo-éléments ✓ Antibiotique ✓ Albumine et alimentation parentérale			

DATE :	ACQUIS	NON ACQUIS	COMMENTAIRE
Comprimer les points de ponction			
KT			
Prise de constantes et température			
Isolement du patient			
Position décubitus stricte			
Utiliser le set de br/db KT			
Mettre la charlotte et le masque au patient			
Ouvrir le set de br de façon aseptique et préparer le matériel nécessaire			
BRANCHEMENT	Faire une friction hydro-alcoolique		
	Oter le psmt du KT avec des gants non stériles		
	Vérifier l'état cutané		
	Vérifier l'état de KT		
	Mettre des gants stériles après une friction SHA et s'habiller stérilement		
	Nettoyer soigneusement au savon doux		
	Rincer au sérum physiologique		
	Sécher par tamponnement		
	Nettoyer l'émergence avec les écouvillons		
	Faire antisepsie en escargot de l'émergence à la chlorexidine 2%		
	Sécher à l'air au moins 1mn		
	Mettre le psmt Mèpore sur l'émergence		
	Changement de gants stériles avec friction SHA au préalable		
	Installer le champ troué		
	Ablation du verrou art/veine		
	Vérification de présence de caillot		

Annexe 7 : Questionnaire de satisfaction des patients

Questionnaire de satisfaction anonyme destiné aux patients dialysés en chambre en service de néphrologie AURA Paris Plaisance

- 1- Avez-vous été hospitalisé à l'AURA Paris plaisance en service de néphrologie entre l'année 2023 et l'année 2025 ?

☒ Oui

☐ Non

- 2- Etes-vous un patient dialysé chronique en centre ou au domicile ?

au domicile

- 3- Selon vous, quelles sont les avantages et les inconvénients de la dialyse en chambre ?

*Avantage quand on est dialysé à la maison mieux
Vois être dialysé en chambre*

- 4- Avez-vous constaté une récupération physique plus rapide avec la dialyse en chambre ?

oui avantage moins de fatigue

- 5- Cette expérience, vous – a – elle incité à bénéficier de la dialyse quotidienne au domicile ?

☒ OUI

☐ NON

Si oui, êtes actuellement dialysé au domicile en hémodialyse quotidienne ? Ou avez-vous des contraintes à mettre cela en place ?

oui dialysé à domicile aucune contrainte

Sinon pourquoi ?

- 6- Selon vous que nous pouvons améliorer dans la prise en charge ?

Merci de votre participation 😊

GIBERETIA

Questionnaire de satisfaction anonyme destiné aux patients dialysés en chambre en service de néphrologie AURA Paris Plaisance

1- Avez-vous été hospitalisé à l'AURA Paris Plaisance en service de néphrologie entre l'année 2023 et l'année 2025 ?

☒ Oui

☐ Non

2- Etes-vous un patient dialysé chronique en centre ou au domicile ?

En centre

3- Selon vous, quelles sont les avantages et les inconvénients de la dialyse en chambre ?

Avantages : pas de déplacements, gain de temps, pas de préparation (fabulage)

Inconvénients : matériel encombrant surtout sur les chambres doubles

4- Avez-vous constaté une récupération physique plus rapide avec la dialyse en chambre ?

Oui, car pas de déplacements, moins d'attente

5- Cette expérience, vous – a – elle incité à bénéficier de la dialyse quotidienne au domicile ?

☒ Oui

☐ NON

Si oui, êtes actuellement dialysé au domicile en hémodialyse quotidienne ? Ou avez-vous des contraintes à mettre cela en place ?

Sinon pourquoi ?

fistule non fonctionnel

6- Selon vous que nous pouvons améliorer dans la prise en charge ?

Prévoir des chambres individuelles pour l'intimité et pour l'organisation du matériel dans l'environnement

Merci de votre participation 😊

Annexe 8 : Questionnaire de satisfaction des IDE

Questionnaire de satisfaction anonyme destiné aux infirmiers ayant réalisé la dialyse en chambre en service de néphrologie AURA Paris Plaisance

- 1- Avez-vous été infirmier à l'AURA Paris Plaisance en service de néphrologie entre l'année 2023 et l'année 2025 ?

☒ Oui

☐ Non

- 2- Avez-vous dialysé des patients en chambre durant leur hospitalisation ?

Oui

- 3- Avez-vous constaté une récupération physique plus rapide chez les patients dialysés en chambre ?

parfois oui en S m R

- 4- Cette technique représente-t-elle une montée en compétence pour vous ?
Sinon pourquoi ?

oui bien sûr

- 5- Etes-vous satisfaites de la pratique ?

oui tout à fait

- 6- Selon vous que pouvons-nous améliorer dans la prise en charge ?

chambre plus grande ou chambre seule côté à côté

Merci de votre participation 😊

Questionnaire de satisfaction anonyme destiné aux infirmiers ayant réalisé la dialyse en chambre en service de néphrologie AURA Paris Plaisance

- 1- Avez-vous été infirmier à l'AURA Paris Plaisance en service de néphrologie entre l'année 2023 et l'année 2025 ?

Oui

Non

- 2- Avez-vous dialysé des patients en chambre durant leur hospitalisation ?

Oui

- 3- Avez-vous constaté une récupération physique plus rapide chez les patients dialysés en chambre ? *oui leur environnement habituel.*

- 4- Cette technique représente-t-elle une montée en compétence pour vous ? *oui*
Sinon pourquoi ?

- 5- Etes-vous satisfaites de la pratique ? *oui*

- 6- Selon vous que pouvons-nous améliorer dans la prise en charge ?

*→ revoir le geste technique physio dial.
→ revoir une formation sur les AURA.
→ rapprocher des CHU des patients dialysés.*

Merci de votre participation 😊

Annexe 9 : Tableau du chiffrage des coûts

Estimation des coûts du démarrage			
Designation	Qté	Prix unitaire TTC	Montant Total TTC
Appareil hémodialyse S3	3	21 048,00 €	63 144,00 €
Ensemble de 5 banettes pour poches bicarbonate	3	552,00 €	1 656,00 €
Bagages pour appareil d'hémodialyse S3	3	720,00 €	2 160,00 €
Recrutement IDE en temps plein	2	37 000,00 €	74 000,00 €
Consomables/séance pendant le sem de form	10	60,00 €	600,00 €
Remplacement du personnel pour formation	2	550,00 €	1 100,00 €
Total			142 660,00 €

Mise en place de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation quel accompagnement managérial ?	
AUTEUR : Daniela DUMAS	
MOTS CLÉS : Néphrologie, hémodialyse qualité de vie, patients, soignants	KEY WORDS: Nephrology, hemodialysis quality of life, patients, caregivers
Résumé : Je suis cadre de santé à l'AURA Paris une association de dialyse et mon projet est : « Mise en place de l'hémodialyse en chambre pendant l'hospitalisation quel accompagnement managérial ? ». Son but principal est l'amélioration de la qualité de vie des patients hospitalisés et dialysés. En effet, avant ce projet, la planification des soins était très conditionnée par l'organisation des séances de dialyse en centre. Le patient se retrouvait ainsi, bien souvent malgré lui, tributaire de ces créneaux, impactant son autonomie. Le fait de réaliser les séances en chambre vise à rendre leur parcours plus souple et centré sur leurs besoins, tout en facilitant les visites des proches, facteur essentiel dans leur rétablissement. Ce projet représente aussi une opportunité de d'évolution pour l'équipe soignante, en renforçant notamment les compétences pratiques des IDE en néphrologie. Pour mener ce projet, j'ai choisi d'utiliser la méthode d'Hugues Marchat, articulée en trois phases : Préparer - Piloter - Progresser. En phase de préparation, j'ai réalisé un état des lieux et identifié la population cible, afin de mettre en lumière les forces et faiblesses du projet. J'ai constitué un comité de pilotage, j'ai mis en place un plan de communication et construit un rétroplanning. La phase de pilotage se déroule en parallèle de la réalisation du projet : elle consiste à suivre l'avancement des objectifs, à alimenter un tableau de suivi du projet et à rendre compte régulièrement au commanditaire. Enfin, la phase de progression permet de faire un bilan sur les points forts et les axes d'amélioration du projet, en se référant aux objectifs initiaux, pour établir des plans d'action pour l'avenir. En cours d'évaluation avec des résultats prometteurs, ce projet a constitué une véritable aventure humaine, renforçant mes compétences en leadership opérationnel, en communication tout en restant ancrée dans la réalité du terrain.	
Abstract: I am a health manager at the AURA Paris Dialysis Association, and my project is called: "<i>Setting Up hemodialysis during hospitalization: What managerial support?</i>" The main aim is to improve the quality of life of patients who are both hospitalized and on dialysis. Before this project, care planning was shaped by the schedule of dialysis sessions in the center. Patients often had to fit into fixed time slots, which reduced their freedom and increased their stress. Allowing dialysis to take place directly in the hospital room offers more flexible and patient-centered care. It also makes it easier for relatives to visit, which supports both emotional well-being and physical recovery. This project also helps the care team grow, by giving nurses (IDE) in nephrology more chances to build strong, useful, and practical skills. It supports teamwork, responsibility, and makes care more focused on each individual patient's situation and needs. To lead the project, I used Hugues Marchat's method, with three key steps: Prepare – Pilot – Progress. During the preparation phase, I looked at the current setup and identified the target patient group. I listed the strong points and risks, created a steering team to lead the process, developed a communication plan, and built a step-by-step timeline with clear goals. In the pilot phase, I tracked progress on each objective, kept the project dashboard up to date, and regularly reported to the project sponsor with concrete updates and key data. The progress phase helps review outcomes, assess successes and failures, and identify lessons learned. It also helps design new action plans for future improvements. The project is still being evaluated, with promising early results. It was a rich and valuable human experience. It helped me grow as a leader, improve communication, and stay strongly connected to the reality of patient care in the hospital.	