



UNIVERSITÉ DE LILLE
DÉPARTEMENT FACULTAIRE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2025

MÉMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCÉE
MENTION : Maladie rénale-Dialyse et Transplantation rénale

**Le projet de soin personnalisé en hémodialyse :
entre attentes théoriques et réalité clinique**

Présenté et soutenu publiquement le 30/06/2025 à Lille
(département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Angélique BILLOIR

JURY :

Président du jury : Monsieur Le Professeur WIEL Eric

Enseignante infirmière : Madame THERY Séverine

Directrice de mémoire : Madame GLADIEUX Laurie

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Remerciements

A Monsieur Le Professeur Eric WIEL, je vous remercie du temps accordé pour présider ce jury et de l'intérêt porté à mon travail.

A Madame Séverine THERY, je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail. J'espère avoir mis à profit vos enseignements lors de ces deux années.

A Madame Laurie GLADIEUX, ma directrice de mémoire, je te remercie de ton engagement et de ton soutien pendant cette dernière année de formation. Merci de ton accueil en stage et de tous tes enseignements, mais surtout de m'avoir fait confiance dans cette aventure. J'espère avoir utilisé à bon escient tous tes conseils avisés.

A Monsieur Le Professeur François PUISIEUX, à Madame Gwladys ACOULON, à Monsieur Le Professeur François GLOWACKI, à tous les enseignants de l'université de Lille, merci pour la qualité de vos enseignements pendant ces deux années de formation d'infirmier en pratique avancée.

A Madame Marie-Cécile SAMYN, merci pour ta rigueur et ta disponibilité au cours de cette année. Merci du temps que tu m'as accordée et pour tes conseils précieux pour la rédaction de mon mémoire. Je mesure toute la confiance que tu m'as accordée.

A Madame Marie-Eve GODEFFROY, un grand merci pour votre soutien et votre bienveillance sans faille, cette formation n'aurait pas été la même sans votre présence. Votre gentillesse est à la hauteur de votre implication dans cette formation.

A Monsieur Le Docteur Zacharie JOMAA, merci de m'avoir fait confiance dès nos premiers échanges sur ce projet de formation. Merci pour ton soutien et tes encouragements durant ces deux années.

A Monsieur Le Docteur Mahen AL BADAWY, merci pour nos échanges constructifs qui m'ont permis de définir mon sujet de mémoire et pour votre accueil lors de mon stage.

A Madame Bénédicte MESSIANT, directrice des parcours de santé service maladie rénale chronique de Santély, merci de votre soutien et de votre confiance. Merci de m'avoir permis d'avoir le soutien du pôle recherche de Santély.

A Mesdames Anne RUBENSTRUNK et Sophie DELACROIX, mesdames je vous remercie pour l'aide apportée et pour votre indulgence envers la chercheuse novice que j'étais. Sans vous, l'exercice aurait été moins aisé.

A Catherine ROUSSEL et Julie WOZNIAK, merci de votre gentillesse envers moi et de vos encouragements bienveillants.

A Amélie, merci de m'avoir remplacée durant cette dernière année, je n'aurais pas pu mener mes études à terme sans toi.

Au service d'hémodialyse de CAMBRAI, merci de votre accueil et de nos échanges à l'occasion de mon stage.

A vous, mes chères collègues et amies de formation, Betty, Sabrina et Stéphanie, merci pour ces deux années de partage riche en émotion. Ce ne fut pas facile tous les jours, mais nous avons réussi à nous soutenir et avancer ensemble.

A toi, ma chère cousine Caroline, tu m'as supportée et écoutée avec patience, tes encouragements m'ont portée jusqu'à la fin de cette formation. Merci pour tes relectures et tes corrections.

A vous, mes chers parents, merci pour tout le soutien au quotidien et pour les valeurs que vous m'avez inculquées, ces deux années n'auraient pas été possibles sans votre aide. Merci de m'avoir toujours soutenue dans mes projets. Papa, merci pour le temps passé aux relectures et aux reformulations, je pense que tu connais le mémoire aussi bien que moi.

A toi, Jérôme, merci pour ces deux années passées, à me soutenir et à me supporter surtout ces derniers mois. Tu as ta part, toi aussi dans ma réussite. Merci d'avoir assuré la logistique pour que je puisse me concentrer sur mes études.

A vous Léa et Jade, merci de votre soutien, de votre patience, de votre confiance absolue en ma réussite lors de mes moments de doute. Moi aussi, je crois en vous et je suis fière de vous.

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Sommaire

Remerciements

Avertissement

Glossaire

Avant propos	1
I-Introduction.....	2
I-1 Généralités et importance de la MRC.....	2
I-2 La relation soignant-soigné.....	11
I-3 Le projet de soin personnalisé et sa déclinaison en dialyse.....	14
II-Méthodologie.....	17
II-1 Type d'étude.....	17
II-2 Population étudiée.....	17
II-3 Recueil des données.....	18
III-Résultats et Analyse.....	20
III-1 Résultats du questionnaire quantitatif.....	20
III-2 Analyse de la partie recherche quantitative.....	30
III-3 Résultats et analyse de la partie recherche qualitative.....	33
IV-Discussion.....	37
IV-1 Résumé de l'étude.....	37
IV-2 Mise en perspective avec la littérature.....	37
IV-3 Les forces et les limites de l'étude.....	38
IV-4 Les perspectives.....	39
Conclusion.....	43

Bibliographie

Table des matières

Table des illustrations

Annexes

Glossaire

AFIDTN : Association Française des Infirmiers de Dialyse, Transplantation et Néphrologie

CRRI : Comité Réglementaire Recherche et Innovation

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DR : Défaillance Rénale

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

KDIGO : Kidney Disease Improving Global Outcomes

MRC : Maladie Rénale Chronique

MRC-D-TR : Néphrologie- Dialyse et Transplantation rénale

PSP : Projet de Soins Personnalisés

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

SFNDT : Société Française de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

UAD : Unité d'AutoDialyse assistée

UDM : Unité de Dialyse Médicalisée

« *Que serait la vie si nous n'avions pas le courage de tenter quoi que ce soit* »

VINCENT VAN GOGH

Avant propos

Infirmière diplômée d'État depuis trente ans, j'ai réalisé pratiquement la totalité de ma carrière en hémodialyse.

L'existence du patient hémodialysé est rythmée par la fréquence des séances de dialyse qui ont lieu généralement trois fois par semaine. Dans les centres où j'interviens, je retrouve les mêmes patients à chaque séance. Je suis donc l'interlocutrice privilégiée des patients présents.

La défaillance rénale est le point commun qui réunit les patients que j'accompagne, pourtant leurs profils et leurs parcours de vie sont tous différents.

Au fil des enseignements de cette première année de master d'infirmier en pratique avancée, les premières questions surviennent concernant ma prise en soin. Certes, les prescriptions des patients sont personnalisées et individualisées, certes j'essaie d'accompagner au mieux mes patients, mais est-ce que je tiens compte réellement des besoins spécifiques de chaque patient ? Ont-ils la possibilité de les exprimer ? Ma prise en soin est-elle holistique ?

Lors de mon stage, j'ai échangé avec le néphrologue concernant ces différentes questions, qui m'ont amenée à réfléchir au Projet de Soins Personnalisés (PSP), qui finalement est mis en place pour répondre à ces questions. Le PSP est mis en place dans mon service, il est rempli une fois par an, mais finalement nous échangeons peu autour de cet outil, nous exploitons peu les informations collectées.

Les compétences de l'IPA abordées au cours de la formation m'ouvrent de nouvelles perspectives dans l'élaboration de propositions pour optimiser cet outil centré sur la coordination des soins et sur le patient.

Après réflexion, j'ai décidé d'approfondir ce sujet à travers ce mémoire de fin d'études.

I- Introduction

La maladie rénale chronique (MRC) constitue un défi de santé publique à l'échelle mondiale. L'augmentation de sa fréquence entraîne des répercussions sur la morbidité, la mortalité et la qualité de vie des patients. Elle peut évoluer silencieusement pendant de nombreuses années avant d'arriver à une défaillance rénale nécessitant un traitement de suppléance, tel que la dialyse ou la transplantation rénale (1–3).

I -1 Généralités et importance de la MRC

I-1-1 Définitions

La MRC est définie par la présence d'une atteinte rénale (anomalie morphologique, protéinurie ou hématurie persistante) et /ou par une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG) inférieure à $60 \text{ ml/min/1,73m}^2$, depuis plus de trois mois (3,4). Cette définition, aujourd'hui universellement admise, repose sur les recommandations internationales, notamment celles de la *Kidney Disease Improving Global Outcomes* (KDIGO)(4). La MRC regroupe un ensemble d'affections rénales évolutives et d'origines variées. Elles ont pour point commun d'entraîner une perte progressive et irréversible de la fonction rénale.

La MRC est souvent silencieuse à ses débuts, ce qui explique que le diagnostic soit fréquemment posé à un stade déjà avancé (5). Ses conséquences sont multiples : augmentation du risque cardiovasculaire, troubles du métabolisme phosphocalcique, anémie, altération de la qualité de vie pour arriver au traitement de suppléance (3). L'impact socio-économique de la MRC est considérable, tant d'un point de vue des coûts de prise en charge que de la perte de qualité de vie (2).

I-1-2 Données épidémiologiques mondiales

La MRC affecte 850 millions de personnes dans le monde, soit près de 10 % de la population mondiale (1,5).

Cette prévalence a augmenté de près de 30 % depuis les années 1990. Elle a été renforcée par le vieillissement démographique, l'augmentation des maladies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle, et l'amélioration du dépistage (6). En 2017, on estimait à près de 700 millions le nombre de personnes affectées par une MRC, pour une prévalence globale de 9,1 % (2).

La mortalité liée à la MRC est également en hausse : elle a augmenté de 41,5 % entre 1990 et 2017, avec 1,2 million de décès attribués à la MRC en 2017 (2).

L'inégalité d'accès aux soins liée à la précarité est responsable d'une surmortalité provoquée par un manque d'accès à la suppléance, et continue de croître (5).

I-1-3 Données épidémiologiques en France

En France, la prévalence de la MRC est estimée à 8 à 10 % de la population adulte, soit près de 5 à 6 millions de personnes (7,8).

Selon le registre REIN (Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie), on estime qu'environ 90 000 patients sont pris en soin pour une défaillance rénale (DR), nécessitant une suppléance par dialyse ou transplantation rénale (8).



Rapport annuel REIN 2022 : Synthèse

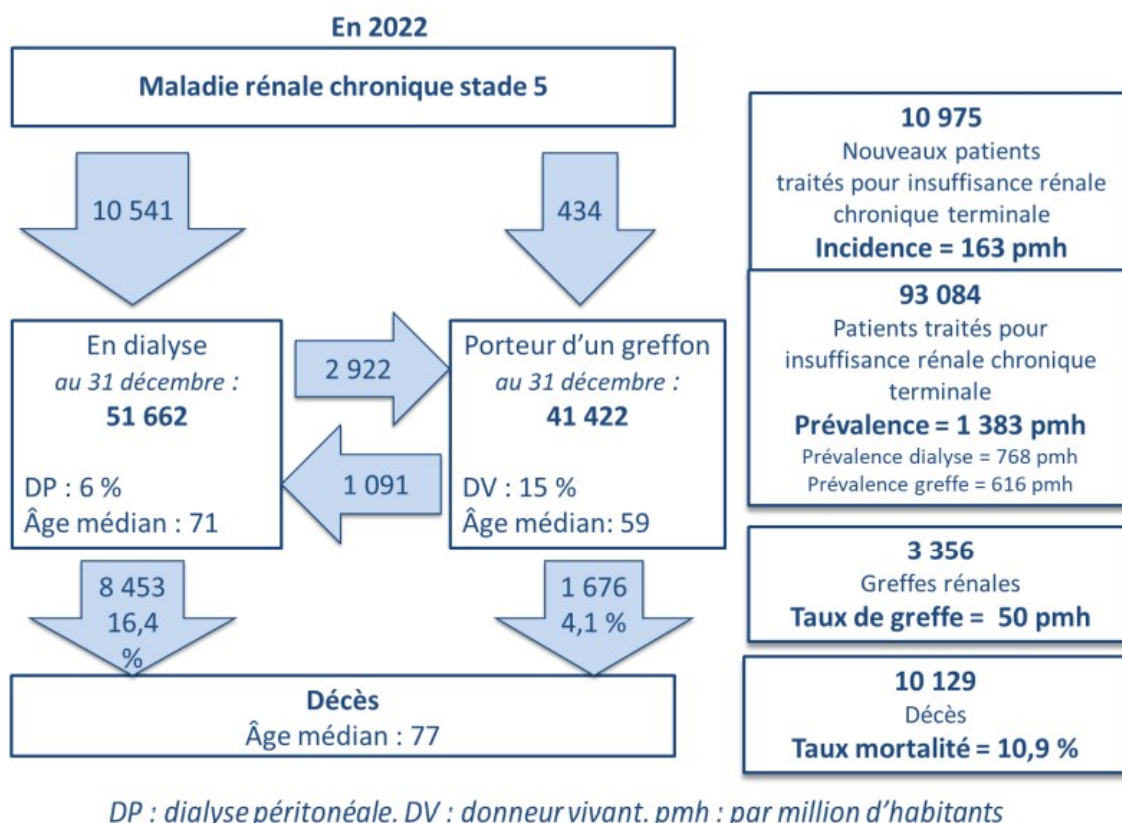


Figure n°1 : Rapport annuel Rein 2022 (synthèse)(9)

En 2022, la France comptait 51 600 patients dialysés et 41 400 greffés rénaux (9). L'incidence annuelle de la DR est de l'ordre de 150 à 160 nouveaux cas par million d'habitants, avec des disparités régionales notables, notamment en Outre-mer où la prévalence est deux fois supérieure à celle de la métropole (8).

La répartition des modalités de suppléance montre une prédominance de l'hémodialyse (environ 78 % des patients dialysés), suivie de la dialyse péritonéale (environ 11%), tandis que la transplantation rénale est le traitement de choix de la MRC chez les patients éligibles (8,10).

En 2022, l'âge médian d'entrée en dialyse est de 70,4 ans, et la plupart présentent des comorbidités majeures, en particulier des pathologies cardiovasculaires et métaboliques (11).

Le coût de la prise en charge de la MRC et de la DR est considérable pour le système de santé français, dépassant les 4 milliards d'euros par an. La MRC est ainsi l'une des maladies chroniques les plus coûteuses, du fait de la lourdeur des traitements de suppléance et de la fréquence des hospitalisations associées (8).

Après avoir présenté les enjeux épidémiologiques de la MRC, il apparaît essentiel de s'intéresser aux principales causes responsables de cette pathologie afin de mieux comprendre les mécanismes de sa progression.

I-1-4 Les principales étiologies de la MRC

Les causes de la MRC sont multiples et varient selon les régions du monde, mais les deux principales étiologies mondiales sont représentées par :

- Le diabète représente la première cause de MRC dans la plupart des pays industrialisés. La néphropathie diabétique est la complication rénale la plus fréquente dans le diabète de type II (1–3).
- L'hypertension artérielle est la seconde cause majeure, responsable de 20 à 25 % des cas, en particulier chez les sujets âgés (1,2,8).

D'autres causes incluent les glomérulonéphrites chroniques, les maladies héréditaires (polykystose rénale), les néphropathies vasculaires, les infections rénales chroniques, la néphrotoxicité médicamenteuse et les maladies systémiques (lupus, amylose) (3,12). Dans certains cas, l'étiologie reste indéterminée.

I-1-5 Les stades de la MRC et l'évolution vers la défaillance rénale

La classification actuelle de la MRC, selon les recommandations KDIGO 2024, repose sur le débit de filtration glomérulaire (DFG) et le degré de protéinurie (3,13).

Cinq stades sont définis :

- Stade 1 : $\text{DFG} \geq 90 \text{ ml/min/1,73m}^2$ avec signes de lésion rénale (protéinurie, hématurie, anomalies morphologiques) → faible atteinte rénale.

- Stade 2 : DFG entre 60 et 89 ml/min/1,73m² avec signes de lésion rénale → légère atteinte rénale.
- Stade 3a : DFG entre 45 et 59 ml/min/1,73m² → atteinte rénale modérée.
- Stade 3b : DFG entre 30 et 44 ml/min/1,73m² → atteinte rénale modérée.
- Stade 4 : DFG entre 15 et 29 ml/min/1,73m² → atteinte rénale sévère.
- Stade 5 : DFG < 15 ml/min/1,73m² → défaillance rénale (3,13,14).

L'évolution de la MRC est variable et incertaine (15). La progression de la MRC peut être majorée avec un mauvais contrôle de la pression artérielle, une hyperglycémie persistante, la présence d'une albuminurie importante, l'âge avancé, le sexe masculin, les antécédents familiaux et l'exposition à des substances néphrotoxiques (3).

La dégradation de la fonction rénale entraîne une augmentation du risque de complications : anémie, troubles du métabolisme phosphocalcique, hyperkaliémie, surcharge hydrosodée, hypertension artérielle, et risque cardiovasculaire majeur. L'évolution vers la défaillance rénale (DR) signe la nécessité d'une suppléance rénale.

I-1-6 De la défaillance rénale à la suppléance : la place du patient dialysé

Lorsque la défaillance rénale entraîne des complications menaçantes (acidose métabolique, hyperkaliémie, surcharge hydrosodée incontrôlable, symptômes urémiques), la mise en place d'un traitement de suppléance devient indispensable (3,13). Deux options existent : la dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale) et la transplantation rénale.

En France, le traitement le plus utilisé est l'hémodialyse, en raison de l'âge élevé, des comorbidités et parfois d'un manque d'anticipation du parcours de soins (8,10). La dialyse péritonéale est moins fréquente, mais elle offre des avantages en termes d'autonomie et de qualité de vie pour certains profils de patients (10,16). Le recours à la transplantation rénale, est privilégié pour les patients sans contre-indications médicales.

Le passage à la dialyse est un traitement lourd pour la vie du patient. Il a un impact majeur sur le quotidien, l'alimentation, la vie sociale et professionnelle (17). Une information pré-dialyse permet au patient d'appréhender le choix du mode de suppléance sereinement. La possibilité

de suivre des séances d'éducation thérapeutique peut avoir un intérêt pour limiter l'impact sur la qualité de vie (18).

I-1-7 Les différents centres de dialyse

La prise en soin des patients atteints de DR nécessite différentes structures de dialyse, qui peuvent être publiques ou privées. Le choix de la structure dépend de l'état de santé du patient, de son autonomie et des recommandations du néphrologue (19,20).

I-1-7-1 L'hémodialyse

L'hémodialyse est une méthode d'épuration extra-rénale qui permet d'épurer le sang et de maintenir l'équilibre hydro-électrolytique. Elle nécessite l'utilisation d'un générateur de dialyse. Les échanges se font soit par un abord vasculaire appelé fistule artério-veineuse, soit par un cathéter dont une des extrémités ressort sur la peau. Les échanges sont effectués à travers une membrane artificielle appelée dialyseur. La fréquence des séances est de trois fois par semaine pendant 4 à 5 heures. Elles ont essentiellement lieu dans des structures, mais peuvent être réalisées au domicile (16).

I-1-7-2 Les trois types de structures de dialyse

Tableau n°1 : les centres de dialyse (21–25)

Caractéristiques	Centre lourd	Unité de Dialyse Médicalisée (UDM)	Unité d'Autodialyse Assistée (UAD)
Localisation	Hôpital ou clinique	Hors Hôpital ou clinique mais rattachée médicalement	Hors Hôpital ou clinique mais rattachée médicalement
Profil patients	Patients instables ou avec comorbidités	Patients stables nécessitant une surveillance modérée	Patients autonomes partiellement mais nécessitant assistance
Présence médicale	Médecin présent	Médecin non présent,	Médecin non présent,

	pendant toute la séance	joignable, visite hebdomadaire	joignable, visite 1-2 fois/mois
Ratio IDE /patient	1 IDE pour 4 patients (par demi-journée)	1 IDE pour 4 patients (par demi-journée)	1 IDE pour 6 patients (par demi-journée)
Objectifs spécifiques	Sécurité maximale, soins intensifs si besoin	Rapprochement du domicile, réduction du temps de transport, cadre sécurisé	Promotion de l'autonomie, rapprochement du domicile, réduction du temps de transport un cadre sécurisé

Ces différentes structures permettent d'adapter la prise en soin en fonction des profils de patients.

Avec les parcours de soin de plus en plus complexes, le projet de soin personnalisé s'impose comme un outil stratégique pour adapter la prise en soin aux besoins spécifiques de chaque patient dialysé.

I-1-8 L'infirmier en pratique avancée (IPA) mention MRC-D-T

La profession d'IPA constitue une évolution majeure du métier d'IDE en France. Elle permet d'élargir le champ d'action et d'autonomie des soignants dans des domaines spécialisés tels que la néphrologie, la dialyse et la transplantation rénale. La publication du décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 a entériné le métier d'IPA pour répondre aux besoins croissants de prise en soin des maladies chroniques, dont la MRC, en renforçant la coordination, la prévention et l'accompagnement des patients tout au long de leur parcours de soins (21–23).

I-1-8-1 Un rôle pivot dans la prise en soin globale

L'IPA en maladie rénale-dialyse et transplantation rénale (MRC-D-TR) est formée spécifiquement pour répondre aux besoins complexes des patients atteints de MRC, en dialyse ou transplantés. Son champ de compétences va du suivi clinique approfondi à l'éducation thérapeutique, en passant par la coordination des parcours de soins et la prévention des complications (23–26).

I-1-8-2 Les compétences selon le modèle d'Ann Hamric

Le modèle conceptuel d'Ann Hamric structure la pratique avancée autour de six compétences essentielles, toutes mobilisées dans le contexte de la mention MRC-D-TR (27,28) :

- **La compétence n°1** concernant *la pratique clinique experte* : L'IPA fait des évaluations cliniques approfondies, assure le suivi des patients chroniques, renouvelle les prescriptions, surveille les effets secondaires des traitements et adapte la prise en charge en fonction de l'évolution clinique. Il développe une vision globale du patient, intégrant les dimensions physiques, psychologiques et sociales, indispensables à l'élaboration du PSP (24,28).
- **La compétence n°2** concernant *la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique* : l'IPA adapte le PSP aux besoins individuels, accompagne le patient dans la compréhension de sa maladie, favorise l'autonomie et la prévention des complications, et contribue à l'amélioration de la qualité de vie (25,29).
- **La compétence n°3** concernant *la collaboration interprofessionnelle* : l'IPA est un trait d'union entre les différents acteurs du parcours de soins, il organise des réunions pluridisciplinaires, assure la coordination entre la ville et l'hôpital, et facilite la continuité des soins (23,25,29).
- **La compétence n°4** concernant *le leadership* : l'IPA analyse l'utilisation du PSP dans le service, identifie les freins et propose des axes d'amélioration. Il fédère les équipes en menant des actions communes (29,30).

- **La compétence n°5** concernant *l'éthique* : il veille à la co-construction du PSP avec le patient. Il respecte dans les souhaits du patient, sans imposer de choix thérapeutiques (27,28).
- **La compétence n°6** concernant *l'utilisation des données probantes* : l'IPA actualise ses pratiques en fonction des recommandations scientifiques et des données issues de la recherche, garantissant ainsi la pertinence et la qualité des soins dispensés (23,27).

I-1-8-3 Un nouveau maillon pour les parcours de soins complexes

L'intégration des IPA dans les équipes de néphrologie répond à la complexité croissante des parcours de soins et à l'augmentation de la prévalence de la MRC (23,25). Leur présence permet :

1. Une meilleure fluidité entre les différents acteurs du soin (ville, hôpital, centres de dialyse).
2. Une réduction des hospitalisations évitables par une surveillance clinique rapprochée et une anticipation des complications.
3. Un accompagnement renforcé du patient dans son parcours, notamment lors des étapes clés (annonce du diagnostic, choix du mode de suppléance, accès à la greffe) (25,29).
4. Une amélioration de la qualité de vie des patients et de leurs implications dans les choix thérapeutiques (23,25,29).

Les IPA participent également à la recherche clinique, à la formation des équipes et à l'amélioration continue des pratiques professionnelles, contribuant ainsi à l'évolution de la discipline (23,27).

L'IPA mention MRC-D-TR est un acteur central du parcours de soins, capable d'encourager l'empowerment du patient dans la prise en soin une place active au patient, de renforcer la pertinence des soins et d'accompagner la transformation des organisations de santé face aux enjeux croissants de la MRC (23,25,29).

I-2 La relation soignant-soigné

I-2-1 Définition de la relation soignant-soigné

I-2-1-1 Généralités

La prise en soin du patient comporte plusieurs dimensions. Elle allie une dimension technique regroupant les actes relevant du rôle propre de l'IDE ou réalisés sur prescription, comme le précise le décret d'exercice infirmier (31). Mais elle va bien au-delà, en intégrant l'aspect psychique et en considérant la personne soignée dans sa globalité. Selon la définition de la santé par l'Organisation Mondiale de la Santé, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » (32).

Pour répondre à une telle définition, la relation soignant-soigné apparaît comme la base indispensable de la pratique infirmière pour une prise en soin centrée sur le patient (33). Cette relation représente le lien privilégié entre le professionnel de santé et le patient, reposant sur l'écoute, la confiance, le respect et la reconnaissance mutuelle. Nous parlons alors d'alliance thérapeutique, véritable partenariat entre le soignant et le soigné. L'alliance thérapeutique facilite l'adhésion au soin (34).

L'ensemble de ces notions permet d'aborder le patient dans sa globalité, en tenant compte de son histoire, de ses représentations, de ses valeurs, de son ressenti face à la maladie et de ses propres choix. Ainsi la relation soignant-soigné peut-être définie comme une relation d'aide. Elle soutient la personne soignée dans une situation difficile, de souffrance ou de maladie. La création d'un climat de confiance est essentielle pour favoriser l'expression des besoins et des attentes du patient. Cette relation va au-delà du simple accompagnement, elle devient un soin à part entière.

I-2-1-2 La relation soignant-soigné en hémodialyse

En hémodialyse, la relation soignant-soigné prend un sens particulier avec la notion de chronicité. Les patients viennent généralement deux ou trois fois par semaine et restent en moyenne 4 à 5 heures présents dans le service. La relation avec le personnel soignant devient un facteur déterminant dans la réussite des séances de dialyse. Une relation soignant-soigné

basée sur la communication empathique et bienveillante favorisera l'acceptation du soin. Un climat de confiance avec les professionnels influence de manière positive la qualité de vie des patients (35–37).

I-2-2 La relation soignant-soigné dans les sciences infirmières

I-2-2-1 Selon Hildegard Peplau : La théorie de la relation interpersonnelle

Hildegard Peplau, théoricienne majeure des sciences infirmières, a développé la théorie de la relation interpersonnelle. Elle considère cette relation comme un accompagnement du patient par le soignant tout au long du continuum de la maladie, en préservant son autonomie et en facilitant sa participation aux soins. Pour Peplau, la relation soignant-soigné ne se limite pas aux gestes techniques, mais tient compte des attentes du patient pour adapter et améliorer la qualité des soins (38). Cette relation repose sur l'interaction entre les deux protagonistes de la relation, c'est un échange mutuel. Dans la pratique avancée, l'IPA est capable d'analyser les attentes du patient pour adapter et améliorer la qualité de sa prise en soin.

I-2-2-2 Selon Jean Watson : La théorie du *caring*

Jean Watson, professeure en sciences infirmières, a construit sa théorie « *Human Caring Theory* » sur la reconnaissance de l'autre dans toute son humanité (39). Pour elle, le soin va bien au-delà de la technique. Sa théorie des soins humanistes implique une relation soignant-soigné basée sur l'empathie, la compassion, le respect et l'authenticité. Elle identifie dix facteurs de soins, les « *Caritas Processes* » qui sont en lien avec notre pratique quotidienne, en particulier ceux concernant la relation d'aide et la notion de soin humain.

I-2-2-3 Selon Afaf Meleis : La théorie des transitions

Afaf Meleis a développé la théorie des transitions. Elle définit ce processus complexe qui affecte le patient lors d'un changement dans sa vie, surtout en cas de maladie ou de changement de son état de santé. Pour être bien vécue, chaque transition nécessite un accompagnement vers le nouvel équilibre. Ce nouvel équilibre permettra au patient de mieux vivre la nouvelle situation (40).

I-2-2-4 Selon Callista Roy : La théorie de l'adaptation

Callista Roy considère la personne comme un être en interaction constante avec son environnement. Elle identifie quatre modes d'adaptation : physiologique, concept de soi, autonomie de rôle et interdépendance (41). Dans le cadre du PSP, cette théorie permet d'évaluer les capacités d'adaptation du patient dialysé et de son aidant, d'identifier les déséquilibres et de proposer des réponses adaptées.

I-2-3 La relation soignant-soigné dans la pratique quotidienne en hémodialyse

La relation soignant-soigné est donc au centre de la pratique infirmière et de la prise en soin des patients hémodialysés, suivis régulièrement dans un contexte de maladie chronique rénale. Les différents cadres théoriques enrichissent la posture professionnelle de l'IPA, qui devient un pivot entre connaissances cliniques, accompagnement relationnel et compréhension du parcours de vie du patient.

La fréquence des séances de dialyse renforce le sentiment de sécurité du patient et l'adhésion au traitement. L'accompagnement par l'équipe de soins lors des périodes de transition permet de renforcer l'autonomie du patient et facilite son adaptation. En hémodialyse, les transitions sont fréquentes : adaptation au début du traitement, survenue des complications, changements de modalités de dialyse, inscription sur liste de transplantation

Même si la partie technique des soins est importante, la prise en soin holistique ne peut se faire sans prendre en compte la personne soignée dans sa globalité.

L'IPA peut jouer un rôle de pivot entre les connaissances cliniques, le côté relationnel et le parcours de vie du patient (23,39,41,42).

La Haute Autorité de Santé (HAS) souligne l'importance d'une prise en charge personnalisée en hémodialyse, visant à optimiser les résultats cliniques tout en répondant aux besoins psychosociaux et aux attentes des patients. Ces données montrent l'importance de développer des projets de soins personnalisés pour les patients hémodialysés en les impliquant au maximum pour qu'ils soient acteurs de leur parcours de soin (43).

I-3 Le projet de soin personnalisé et sa déclinaison en dialyse

I-3-1 Le projet de soin personnalisé

Le PSP est un outil central dans l'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques, il permet de structurer une prise en soin centrée sur la personne et adaptée à ses besoins spécifiques (44). L'HAS définit le PSP comme un document formalisé, élaboré en concertation avec le patient et l'équipe soignante, qui fixe des objectifs individualisés, réalistes et évolutifs (45).

Le PSP repose sur une évaluation multidimensionnelle de la situation du patient, intégrant ses attentes, ses priorités de vie, son contexte social et familial, ainsi que son niveau d'autonomie.

En hémodialyse, la mise en œuvre du PSP permet d'éviter une approche uniquement centrée sur les prescriptions médicales et l'aspect technique de la pathologie. Il favorise la prise en compte des projets personnels du patient, de sa qualité de vie, de ses souhaits concernant l'organisation des soins et de ses perspectives d'évolution (par exemple, la possibilité d'une transplantation rénale). Le PSP est ainsi un outil dynamique, partagé avec l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle. Il est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'évolution de la situation du patient (46,47).

I-3-2 Exemples d'application du PSP

Le PSP est largement décrit dans différents contextes de soins, notamment en EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) en psychiatrie, et dans le secteur médico-social.

I-3-2-1 Exemple en EHPAD

En EHPAD, le PSP vise à respecter le projet de vie du résident. Il permet d'anticiper les situations de crise et d'adapter les interventions de l'équipe soignante, en tenant compte de ses habitudes, de ses préférences et de ses souhaits pour la fin de vie (45). Ce document institutionnel rappelle que le PSP est une co-construction dynamique entre la personne accueillie (et/ou son représentant légal) et les professionnels. Il doit être actualisé au moins

une fois par an ou selon l'évolution de la situation. Des travaux mettent en avant l'importance du PSP pour garantir un accompagnement personnalisé et préserver la dignité des personnes âgées en institution (48).

I-3-2-2 Exemple en psychiatrie

En psychiatrie, le PSP est un outil de référence pour co-construire, avec le patient, des objectifs concernant la gestion des traitements, le développement de l'autonomie et l'insertion sociale. Il favorise l'implication du patient dans son parcours de soins et la coordination entre les différents intervenants.

I-3-2-3 Exemple en centre médico-social

Dans les établissements et services médico-sociaux, le PSP permet de donner du sens aux soins et de soutenir l'autonomie des personnes en situation de dépendance ou de vulnérabilité psychique. Il s'inscrit dans une dynamique de parcours d'accompagnement, en associant étroitement la personne à la construction, à la mise en œuvre et à l'évaluation de son projet (46).

I-3-3 Le projet de soin personnalisé dans mon centre d'intervention

Dans la structure où j'interviens, le PSP est défini « *comme un outil de coordination visant à répondre aux attentes de la personne accueillie* » (49).

Il comporte :

- le choix de la modalité de dialyse.
- le consentement du patient.
- la proposition du choix de la personne de confiance.
- la rédaction des directives anticipées.
- le bilan d'autonomie et le recueil de données (évaluation des besoins physiques du patient, point sur sa situation sociale, familiale et psychologique).
- La fiche de projet de soins personnalisés

- les objectifs personnalisés

La traçabilité et le suivi des objectifs personnalisés se font dans les transmissions ciblées.

Le PSP est réévalué au moins une fois par an ou en fonction des changements impactant le patient.

Bien que l'utilisation de cet outil soit clairement définie, elle reste plutôt orientée vers le respect des exigences réglementaires. Il est systématiquement complété, comme cela est préconisé, mais encore peu mobilisé dans la pratique clinique quotidienne. La concertation pluridisciplinaire et la réévaluation régulière, apparaissent comme insuffisamment développées, ce qui peut limiter l'impact sur la qualité et la personnalisation des soins.

L'objectif de cette recherche est de comprendre comment l'IPA pourrait contribuer à faire évoluer un PSP formel en un outil de coordination efficient et centré sur le patient hémodialysé.

Nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'intervention de l'IPA grâce à ses compétences avancées permettrait de renforcer une prise en soin individualisée tout en intégrant les attentes du patient au cœur du PSP.

II-Méthodologie

II-1 Type d'étude

Une étude multicentrique, descriptive et interprétative établie sur une méthodologie mixte quantitative puis qualitative a été réalisée. Cette étude a été menée du 27/01/2025 au 06/05/2025. L'étude en ligne par questionnaire a été menée du 27/01/2025 au 07/04/2025 par une chercheuse étudiante IPA avec l'aide du pôle recherche de SANTELYS (association à but non lucratif spécialisée entre autres dans la prise en soin de la maladie rénale chronique). Les entretiens semi-dirigés ont été menés les 05 et 06/05/2025 par téléphone par la chercheuse elle-même. Le questionnaire permet de faire un état des lieux et de recueillir les perceptions concernant le PSP. Les entretiens semi-dirigés auprès de participants volontaires permettent une meilleure compréhension de la question étudiée. Par ailleurs, les données sont triangulées, ce qui renforce la qualité des résultats (50–52). Les deux méthodes sont complémentaires : la première apporte une vue d'ensemble statistique et la seconde une analyse approfondie du contexte et des expériences individuelles (50,52).

II-2 Population étudiée

La population ciblée comprenait initialement les centres de dialyse hors centre rattachés à une association, puis a été élargie à l'ensemble des centres de dialyse (centre lourd et unité de dialyse hors centre) en France. Les personnes sollicitées étaient les IDE salariés du secteur public ou privé, les IDE libéraux intervenant en dialyse, les cadres ou cadres référents, ainsi que les IPA exerçant dans ces structures, tandis que les autres professionnels (médecins, diététiciens, psychologues, ...) étaient exclus.

II-3 Recueil des données

II-3-1 Phase quantitative

II-3-1-1 Recueil de données

Le questionnaire quantitatif a été élaboré à partir de l'analyse du PSP existant dans le centre de dialyse de référence. Plusieurs réunions en visioconférence ont permis d'optimiser la pertinence des questions, pour aboutir à une validation par la directrice de mémoire et l'équipe de recherche de SANTELYS. Le questionnaire a été conçu via le logiciel *LimeSurvey*. Il se composait de questions fermées et ouvertes, adaptées en fonction de la catégorie professionnelle (IDE, cadre, IPA). (Annexe n°1 : Questionnaire quantitatif).

II-3-1-2 Aspects réglementaires

L'introduction du questionnaire rappelait les principes du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) et le projet a été validé par le Comité Réglementaire Recherche et Innovation (CRRI) de l'association SantélyS (Annexe n°2 : Protection des données).

II-3-1-3 Méthode d'analyse

Les résultats du questionnaire ont été analysés selon la méthode du tri à plat et du tri croisé, consigné dans des tableaux dynamiques croisés avec et sans les non-répondants au moyen d'un fichier *Excel* avec l'aide de SANTELYS. (Annexe n° 3: Fichier résultat questionnaire)

II-3-1-4 La diffusion du questionnaire quantitatif

La diffusion du questionnaire a reposé sur la méthode dite « boule de neige » : le questionnaire a été envoyé à un premier groupe de professionnels ciblés (AFIDTN, ANFIPA, intervenants facultaires de la deuxième année de master IPA de l'université de Lille, ...) qui ont ensuite été invités à le transmettre à d'autres personnes de leur réseau présentant les mêmes caractéristiques (53–55).

II-3-2 Phase qualitative

II-3-2-1 Recueil de données

Les entretiens semi-dirigés ont été proposés aux répondants ayant laissé leurs coordonnées à l'issue du questionnaire quantitatif. Les participants ont été sélectionnés selon un échantillon raisonné, en fonction de la pertinence de leurs réponses au questionnaire quantitatif et de la diversité des profils, dans le but de maximiser la richesse des données recueillies (56). Le guide d'entretien a été construit sur une base de questions communes, puis adapté à chaque profil pour optimiser la qualité des informations collectées (57). Six profils ont été sélectionnés : quatre avec des IDE, une IPA et une cadre de santé. Un mail demandant leur accord, leur disponibilité et la modalité d'entretien a été envoyé. Chaque entretien a été enregistré sur dictaphone avec l'accord des participants, en précisant que ceux-ci seraient détruits après retranscription. La retranscription a été faite mot à mot. Seuls 4 entretiens ont pu être réalisés; 2 personnes n'ont pas donné de suite au mail. Ce qui ne permet pas de valider la saturation des données. L'usage d'une grille COREQ a permis d'assurer de la rigueur et de la qualité à cette recherche. (Annexe n°5 : Grille d'entretien semi-dirigés), (Annexe n° 6 : Verbatims entretiens), (Annexe n°6 : Grille COREQ).

II-3-1-2 Méthode d'analyse

La mise en évidence des thèmes a été faite en utilisant des post-it selon une méthode d'analyse thématique inductive. Les thèmes principaux ont été répertoriés et classés dans un tableau.

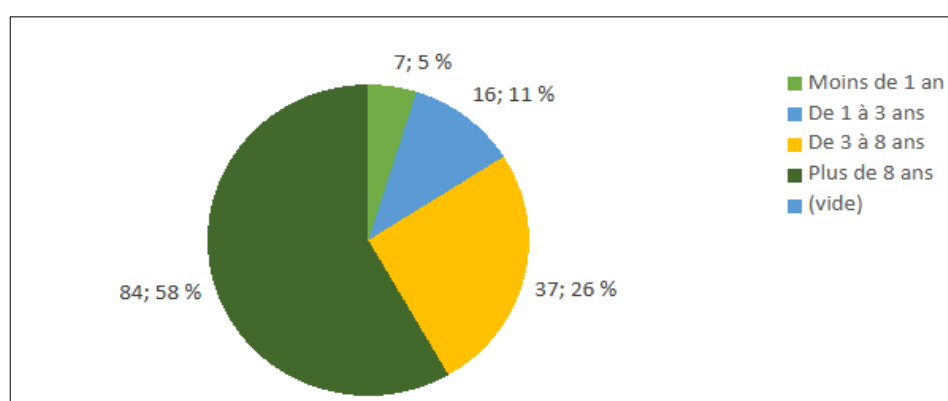
Les données qualitatives ont été triangulées par la chercheuse elle-même et par une autre chercheuse de la faculté de médecine étudiante IPA ainsi qu'une élève infirmière de deuxième année. Un temps de discussion entre les trois personnes a été programmé pour définir la pertinence des thèmes à retenir et éviter les biais d'interprétation (58,59).

III-Résultats et Analyse

III-1 Résultats du questionnaire quantitatif

Nous avons obtenu 144 réponses complètes au questionnaire. Il y a eu 370 connexions au lien internet. Les réponses utilisables pour notre recherche sont équivalentes à 38,9 % des connexions internet. Il n'a pas été possible de savoir le nombre exact de personnes ayant eu connaissance du questionnaire avec la diffusion dite en méthode boule de neige.

III-1-1 Population étudiée



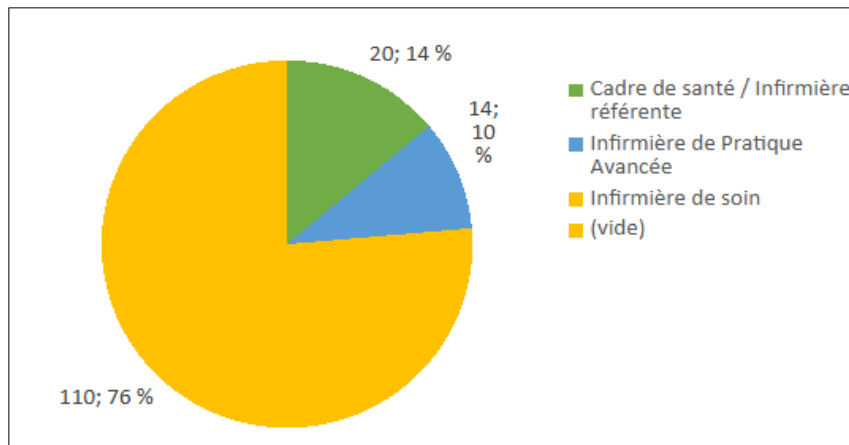
Graphique n°1 : Durée d'exercice en hémodialyse

La plupart des professionnels est issue d'une formation IDE avec pour 58 % d'entre eux de plus de 8 ans.

Les répondants qui travaillent hors centre sont souvent passés par le centre lourd.

- 86 personnes exerçaient en centre lourd (soit 40%).
- 128 personnes exerçaient en hors centre : 73 en UDM et 55 en UAD

(soit respectivement 34 % et 25 %).



Graphique n°2 : La profession

La plupart des professionnels sont des IDE de soins pour 76 % .

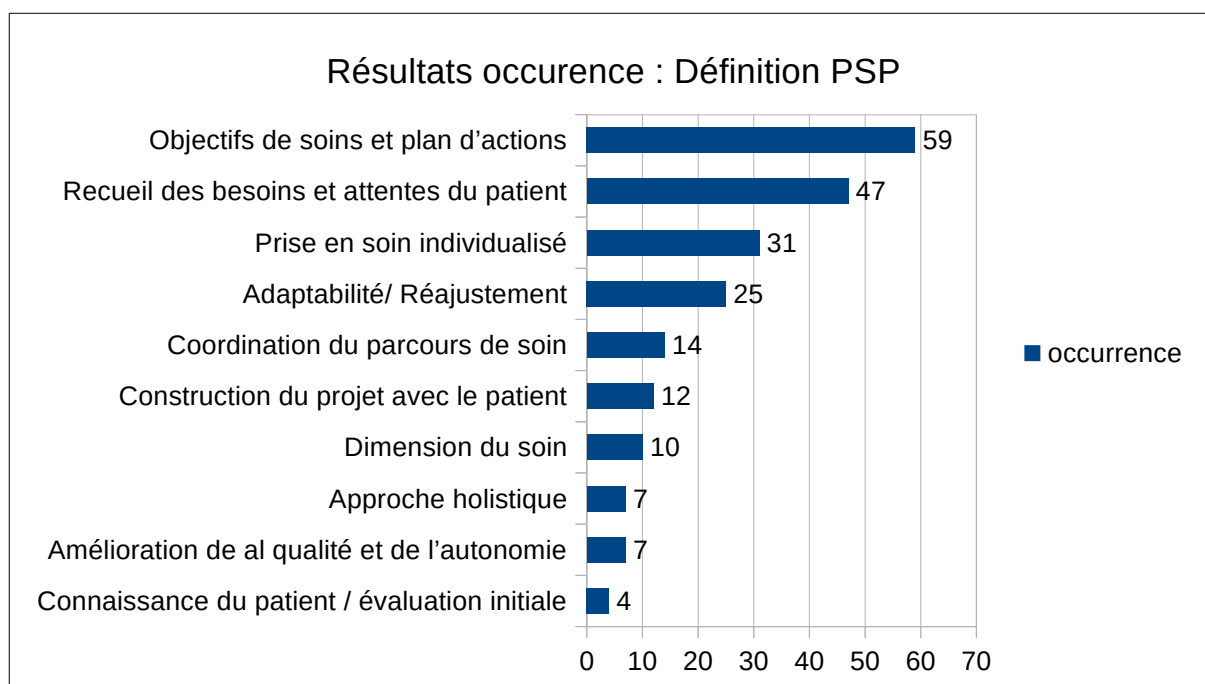
III-1-2 Connaissance du PSP

III-1-2-1 Définition et formation

Sur nos 144 répondants, 107 connaissaient le PSP soit 74 % des répondants.

Cette question ouverte a été posée afin de recueillir la définition du PSP. Le but était de voir les représentations associées au PSP.

110 répondants ont donné leur définition. Pour dégager les thèmes les plus fréquents, l'occurrence de mots a été faite manuellement.



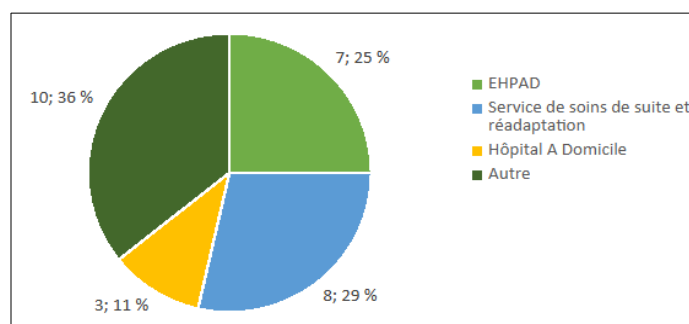
Graphique n°3 : Résultats occurrence : Définition PSP

Question n° 6 : Avez-vous déjà utilisé le PSP dans votre pratique ?

La possibilité de cocher plusieurs réponses était donnée aux répondants.

50 % l'utilisent actuellement, 37 % ne l'utilisent pas, 13 % l'ont utilisé ultérieurement.

Si une notion d'utilisation antérieure était présente, il était demandé de préciser.



Graphique n° 4 : Lieu d'utilisation antérieure

Concernant les répondants qui ont répondu « autres », il y avait les précisions suivantes : service neuro-vasculaire, service de réanimation, service de chirurgie, service d'oncologie,

service de dialyse, clinique en Suisse, dialyse péritonéale et dialyse à domicile, en foyer d'accueil médicalisé, institut médico-éducatif.

Question n°7 : Avez-vous reçu une formation ou des explications sur le PSP et son utilisation ? Si oui, considérez-vous qu'elle était suffisante ?

Pour le centre lourd : 15 personnes ont répondu, 10 considèrent les informations suffisantes et 5 insuffisantes.

En dialyse hors centre (UDM-UAD) : 47 personnes ont répondu, 36 considèrent les informations suffisantes et 11 insuffisantes.

62 personnes sur 144 répondants se sont positionnées sur cette réponse.

III-1-2-2 Utilisation du PSP

Question n°8 : A quelle fréquence le remplissez-vous ?

Possibilité de choix multiples et de texte libre pour cette réponse.

La majorité l'utilise au moins une fois par an.

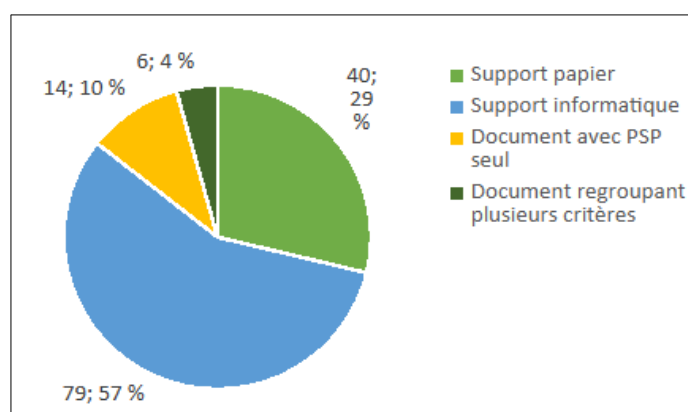
Pour les réponses autres, il y a essentiellement des mises à jour régulières en fonction de l'état de santé et des besoins du patient.

La fréquence de remplissage est plus importante en dialyse hors centre.

Question n°9 : Si des actions particulières sont nécessaires suite à la réalisation du PSP, comment les tracez-vous ?

La majorité des répondants indique que la traçabilité s'effectue principalement dans le dossier patient informatisé (DPI), selon le logiciel métier utilisé, ainsi que dans les transmissions ciblées IDE, soit dans une cible spécifique, soit sur une fiche de synthèse. Plus rarement, la traçabilité est assurée par des transmissions orales, par mail ou encore dans le dossier papier.

Question n°10 : Pouvez-vous préciser le type de support utilisé pour remplir le PSP ?



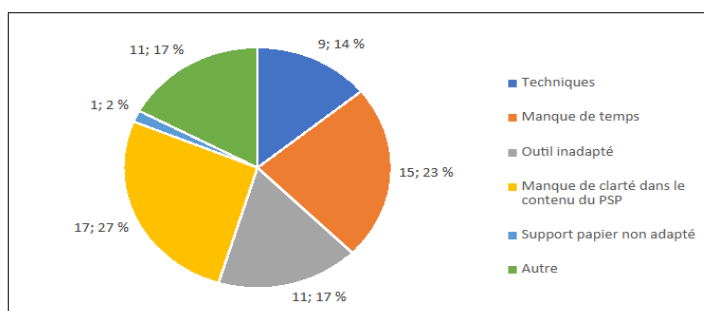
Graphique n° 5 : Types de support

Le support informatique et le support papier sont les plus utilisés.

Question n° 11 : Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation du PSP ? Si oui lesquelles ?

Pour les réponses oui plusieurs propositions de difficultés rencontrées étaient proposées.

30 répondants ont exprimé des difficultés

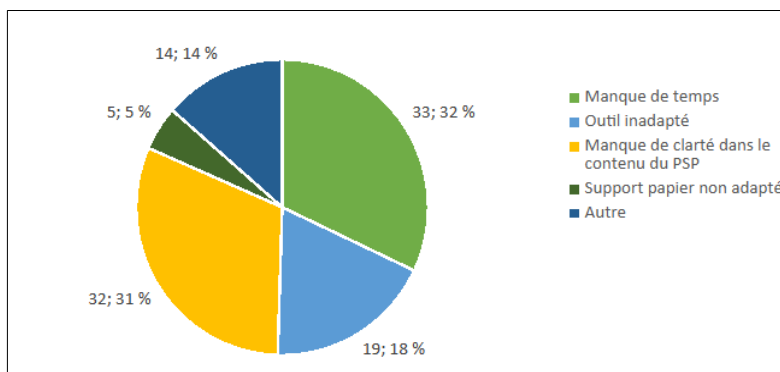


Graphique n° 6: Difficultés rencontrées

Les difficultés les plus citées sont le manque de temps, puis le manque de clarté dans le contenu et enfin un outil qui semble inadapté.

Question n ° 12 : Pensez-vous qu'il soit bien adapté à votre pratique quotidienne ?

Il était demandé de préciser si partiellement ou non : 103 personnes se sont exprimées.



Graphique n° 7 : Inadéquation avec la pratique quotidienne

Question n° 13 : Comment le PSP influence-t-il votre communication avec les autres membres de l'équipe ?

Les résultats sont assez équivalents 53 personnes se prononcent en faveur du oui, 52 personnes se prononcent en faveur du non et 39 personnes ne se prononcent pas.

Par catégorie de répondants :

- pour les infirmières de soins les chiffres sont équivalents aux résultats précédents.
- pour les IPA, le PSP est facilitant dans la communication avec l'équipe.
- Pour les cadres/ référents le PSP est facilitant dans la communication avec l'équipe.

Question n°14 : Selon vous, le PSP influence-t-il votre communication avec le patient ?

75 personnes ont répondu que le PSP facilitait la communication avec le patient. Le reste des répondants se partage la réponse non et l'absence de réponse.

Question n°15 : Le PSP permet-il de mieux intégrer les besoins et attentes des patients dans les décisions de soins ?

112 personnes ont répondu à cette question et 87 d'entre elles ont répondu par oui (soit 60%).

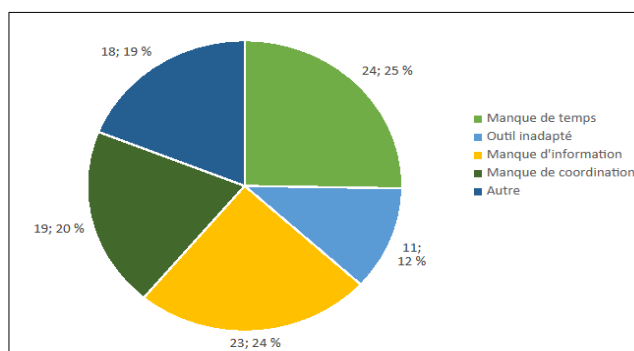
Question n°16 : comment qualifieriez-vous la participation des patients à l'élaboration de leur PSP ?

- 47 répondants (soit 33%) qualifient la participation des patients comme active.
- 35 répondants (soit 24%) la qualifient de non active.
- 28 répondants (soit 19%) indiquent que la participation active dépend de la motivation du patient.
- 34 répondants (soit 24%) n'ont pas répondu.

Question n°17 : Selon vous, y a-t-il des freins à impliquer davantage les patients dans ce processus ? Si Oui merci de préciser.

45 répondants considèrent qu'il y a des freins à impliquer plus le patient.

63 répondants considèrent qu'il n'y en a pas.



Graphique n°8 : Freins à l'implication des patients

Pour les freins des réponses autres, les éléments suivants ont été notés :

Tableau n° 2 : Freins complémentaires à l'implication des patients

Thématique Principale	Exemple de Verbatims
Manque de formation, de compétences	« <i>manque de formation à l'utilisation</i> » ligne 9 et 21
Barrières liées aux patients	« <i>patients mal informés ou ne comprennent pas</i> » ligne 12 « <i>barrière de la langue</i> » ligne 54,70,71,82
Adhésion et implication du patient	« <i>trop récurrent, les patients ne sont pas toujours demandeurs</i> » ligne 66 et 75

Question n°18 : Quelles modifications apporteriez-vous au PSP pour qu'il soit plus utile et pratique ?

Plusieurs thématiques de résultats apparaissent telles que :

- L'intégration d'outils informatisés directement dans le DPI avec une interface plus simple, plus fluide.
- Document accessible à toute l'équipe, un outil de partage.
- La notion de support unique.
- Un accès plus facile et pour tous.
- Des questions plus adaptées parfois jugées intrusives ou mal adaptées, des questions plus ouvertes pour faciliter le dialogue.
- Des moments dédiés au PSP en réunion ou « staff ».
- La notion de besoin de formation ou d'accompagnement revient de manière récurrente.

- Notion d'un outil supplémentaire, non exploité, support trop long.

Question n° 19 : Quels outils ou ressources pourraient faciliter son utilisation ?

Plusieurs thématiques apparaissent :

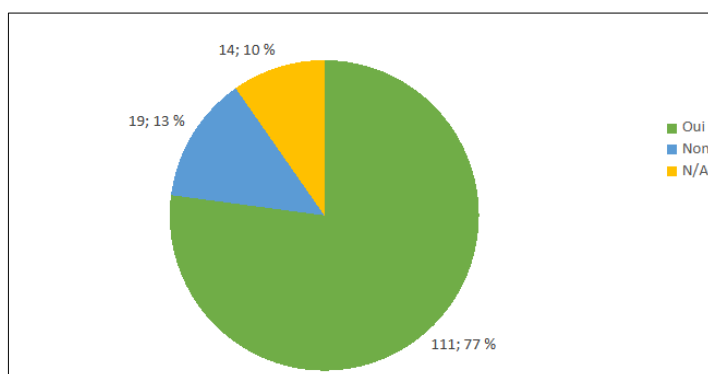
Tableau n° 3 : Outils facilitant l'utilisation

Thématiques relevées	Exemple de verbatims
Outil informatique	« <i>intégration dans les logiciels métier</i> » « <i>intégration au DSI / Medware</i> » ligne 38,119 ,136
Adaptation du support	« <i>un document unique et uniformisé</i> » « <i>support explicatif sur le PSP</i> » ligne 11,36
Temps programmé	« <i>temps hors soins pour échange patient</i> » « <i>temps de synthèse en équipe</i> » ligne 13,39
Formation	« <i>formation du personnel</i> » « <i>réunions pluridisciplinaires de comptes rendus</i> » ligne 11,30
Adapté et centré sur le patient	« <i>prise en compte des personnes malvoyantes ou illettrées</i> » « <i>permettre aux patients d'être acteurs de leur santé</i> » ligne 27,32
Qualité de vie	« <i>questionnaire qualité de vie facile à analyser</i> » ligne 14

III-1-2-3 Le recours aux IPA

Les questions 20 et 21 sont spécifiques pour les infirmières de soin et les cadres/les infirmières référents uniquement.

Question n°20 : Pensez-vous que l'IPA puisse jouer un rôle dans l'élaboration, la coordination et le suivi de PSP ? Si oui, quel pourrait-il être ?



Graphique n° 9 : L'IPA a-t-elle un rôle en lien avec le PSP ?

Les thèmes récurrents pour le rôle de l'IPA sont les suivants :

- La coordination
- Le suivi du PSP
- Le soutien aux équipes
- Implication auprès du patient
- Élaboration du PSP
- Leadership et pilotage de projet

Question n°21 : Une IPA intervient-elle dans votre unité ? Si oui depuis combien de temps ? Et quel est son rôle ? Voyez-vous d'autres façons dont l'IPA pourrait soutenir l'équipe ?

45 répondants ont une IPA présente dans leur service. Elle est présente depuis moins d'un an pour 6 répondants, depuis six mois à un an pour 4 répondants et depuis plus d'un an pour 35 répondants.

Concernant le rôle actuel de l'IPA, les thématiques suivantes se dégagent :

- La coordination et structuration du PSP
- Recueil et analyse des données
- Suivi du PSP et évaluation

- Rôle de soutien des équipes
- Éducation et accompagnement personnalisé du patient et des équipes
- Leadership et aide à la structuration du PSP
- Pas d'implication pour certaines IPA, inexistence de rôle.

Les réponses concernant les autres façons dont l'IPA pourrait soutenir l'équipe reprennent les thèmes évoqués ci-dessus.

III-2 Analyse de la partie recherche quantitative

III-2-1 La population

Nous avons obtenu 144 réponses complètes au questionnaire. Il y a eu 370 connexions au lien internet. Les réponses utilisables pour notre recherche équivalent à 38,9 % des connexions internet. Ce taux de réponses est considéré comme correct pour une étude descriptive.

Notre échantillon étudié est représenté par une majorité d'infirmières de soin avec une ancienneté professionnelle significative qui leur confère le statut de soignant expérimenté. Ce qui renforce la pertinence de l'analyse des pratiques professionnelles par rapport à notre outil. Nous avons une répartition avec une majorité de répondants travaillant hors centre (UDM et UAD) d'environ 59 % par rapport au centre lourd d'environ 40 % ce qui permet d'avoir un retour varié sur les pratiques en hémodialyse dans un univers plus médicalisé comme le centre lourd par rapport aux unités hors centre qui fonctionnent de manière plus autonome.

La diversité professionnelle des répondants permet d'avoir la vision de différents intervenants dans la prise en soin du patient. Les infirmiers de soins constituent la majeure partie des répondants (76%), puis viennent les cadres/référents d'unités (14%), et les IPA (10%). Pour celles-ci, le nombre peut s'expliquer par la jeunesse de la profession.

III-2-2 Le projet de soin personnalisé (PSP)

III-2-2-1 Définition du PSP

Il est connu par 74 % des répondants. Dans l'ensemble, la compréhension du PSP est satisfaisante, avec les notions de personnalisation des soins, de recueil des besoins et des attentes du patient, de prise en charge holistique et enfin des notions d'approche pluridisciplinaire qui sont les plus évoquées.

Pourtant, certains répondants qui représentent 37 % ne le connaissent pas ou ne l'utilisent pas.

En ce qui concerne la formation, une majorité estime l'information suffisante, surtout en hors centre, mais 34 % la jugent insuffisante.

III-2-2-2 Utilisation du PSP

La fréquence de remplissage varie et semble plus régulière en hors-centre. Il est mis à jour en fonction de l'évolution clinique du patient.

La traçabilité s'effectue essentiellement sur les dossiers informatisés et dans les transmissions ciblées. Malgré tout, des dossiers papiers et des transmissions orales, même si elles sont moins représentatives, restent d'actualité.

Les outils utilisés sont souvent décrits comme peu adaptés, soit par la formulation des questions du PSP, soit par le support lui-même. C'est un axe d'amélioration qui semble important.

Les freins répertoriés s'orientent plutôt autour de la lourdeur administrative, du manque de temps, de l'aspect rébarbatif pour des patients chroniques et d'une difficulté de faire adhérer les patients à ce dispositif.

III-2-2-3 La communication

Le PSP améliore la communication avec le patient pour 75 répondants, mais cette tendance est plus nuancée au niveau de la communication entre les professionnels. Nous notons qu'il

est assimilé à un atout par les IPA et les cadres/référents, ce qui est moins flagrant chez les infirmières de soins.

La participation active des patients est jugée satisfaisante par seulement 33 % des répondants, 24 % la jugent insuffisante et 19 % considèrent qu'elle dépend du patient.

Les difficultés sont diverses avec une mauvaise compréhension de PSP par les patients, la notion de barrières de la langue, la contrainte de temps, le manque de formation des professionnels et la perception d'une écoute incomplète des attentes des patients.

III-2-2-4 Propositions d'amélioration du PSP

Les principaux axes d'amélioration sont :

- L'intégration du PSP dans les logiciels métiers existants.
- L'élaboration d'un document unique, plus clair et ergonomique.
- Une meilleure accessibilité pour l'ensemble des soignants.
- Une reformulation des questions pour les rendre plus ouvertes et moins intrusives.
- La mise en place de temps dédiés pour renseigner et actualiser le PSP.
- La formation continue des professionnels.
- Une attention centrée sur les besoins spécifiques des patients.

III-2-2-5 Le rôle de l'IPA

Les infirmières de soins et les cadres/référents considèrent l'IPA comme une personne clé pour le PSP. Elles lui reconnaissent des compétences pour structurer le projet de soin, soutenir les équipes, impliquer les patients dans leur PSP et assurer la continuité des soins.

Dans les structures disposant d'une IPA, son rôle s'articule autour de quatre axes :

1. la coordination et l'animation du PSP
2. le recueil et l'analyse des données patient
3. l'accompagnement et la montée en compétence des équipes;
4. l'éducation et l'engagement du patient

Certaines unités notent une faible implication de l'IPA dans le PSP avec un manque de précision du rôle dans ce cadre.

La perception du PSP est plutôt positive, même si des perfectionnements se dessinent pour le rendre plus efficace.

L'IPA semble être un levier pour améliorer la personnalisation des soins et renforcer la participation des patients. Le défi à relever est dans l'amélioration des outils, dans la programmation de temps de concertation et le développement des compétences pour faire du PSP un outil performant, centré sur le projet des patients hémodialysés.

III-3 Résultats et analyse de la partie recherche qualitative

Dans le but de compléter les données de l'analyse quantitative, quatre entretiens semi-directifs ont été réalisés : deux infirmières diplômées d'État (IDE), une IPA et une cadre de santé. Ces entretiens ont permis de recueillir un complément d'information sur la perception du PSP, les modalités d'utilisation ainsi que les difficultés et les facilités éventuellement identifiées.

L'analyse des entretiens met en évidence plusieurs grands thèmes.

III-3-1 Les usages selon les structures

L'utilisation du PSP reste variée. Certaines équipes l'utilisent comme un outil clinique structurant, tandis que d'autres l'utilisent avant tout pour répondre à une exigence institutionnelle. Comme nous pouvons le voir dans l'entretien n°1, l'entretien n°3 et l'entretien n°4

« L'idéal c'est de voir tous les patients , mais (...)on a 120 patients (...) on est 7 dans le projet (...) l'équipe est demandeuse sur certains patients (...) alors on priorise ceux en perte d'autonomie, ceux qui ont perdu un conjoint, ou ceux pour qui ça devient compliqué à domicile. On voit ses patients là en priorité. » (entretien n°1)

« en discutant avec eux en faisant les PSP, on apprend pas mal de choses sur eux et ça peut déclencher par exemple un besoin social (...) Et puis ça peut aider à personnaliser un peu » (entretien n°3)

« il est effectué pour les nouveaux patients qui arrivent en dialyse pour les nouveaux patients dialysés et il est à destination de toute l'équipe » (entretien n°4)

A l'inverse, d'autres n'expriment pas les mêmes éléments comme dans l'entretien n°2

« En dialyse, non, c'est très différent parce qu'en fait, il a été mis en place chez nous. Ça été plus comme pour cocher des cases dans le sens où la direction nous, l'a fait parvenir »

« je pense qu'on va en refaire des PSP sûrement pour la prochaine certification. »

Ces différences d'utilisation interrogent sur la finalité réelle du PSP en tant qu'outil clinique ou simple document de conformité.

III-3-2 Réalisation et échanges

Certaines équipes réalisent les entretiens pendant la séance de dialyse afin de limiter la contrainte pour les patients et faute de temps dédié. Dans la majorité des entretiens, le box ou la chambre seule sont privilégiés pour favoriser l'intimité.

«On essaie de les mettre en box si c'est possible, pour que ce soit plus intime, sinon c'est difficile de parler en salle commune. » (entretien n° 1)

D'autres optent pour un entretien hors dialyse sur un temps spécifique :

« L'entretien se fait dans le cadre de l'accueil, avant même la première dialyse si possible » (entretien n°4).

Les modalités conditionnent la qualité relationnelle et celle du recueil d'information.

La structure du support varie également : soit la trame est inspirée d'outils existants comme ici en cancérologie ou un simple tableau *Word*, soit elle est intégrée au logiciel métier.

III-3-3 La place des aidants

La participation des aidants est quasi inexistante, bien que leur rôle soit reconnu :

« La majorité des patients sont seuls. Les aidants, c'est souvent les conjoints ou les enfants , mais on en voit très peu pendant les entretiens. » (Entretien n°1)

« Dans le PSP, il n'y a pas vraiment de questions sur les aidants. » (Entretien n°2)

« l'infirmière (...) e premier entretien peut se faire avec l'aidant s'il le souhaite et s'il y en a un. Sinon on a envisagé qu'elle se déplace au domicile dans un deuxième temps pour aller le rencontrer. » (Entretien n°4)

Certaines équipes envisagent une rencontre avec l'aidant à domicile ou l'invitent ponctuellement, mais cela reste exceptionnel.

III-3-4 Le rôle de l'IPA

L'IPA est perçue, dans certaines équipes, comme un levier essentiel à la coordination du PSP :

« Elle nous a énormément guidées... Elle participe aux RCP, elle voit tous les patients, elle peut prescrire si on n'a pas de médecin. » (Entretien n°1)

A l'inverse, d'autres considèrent que le rôle revient plutôt à l'infirmière coordinatrice, surtout en présence d'un poste spécifique :

« un PSP, c'est un projet de coordination, donc c'est déjà le rôle de l'infirmière de coordination. L'IPA, je la vois plus sur du suivi patient ou de l'éducation. » (Entretien n°4)

Cela montre une divergence de représentation du rôle de l'IPA, selon l'organisation du service.

III-3-5 Le manque de temps : obstacle pour tous

Tous les professionnels interrogés évoquent le manque de temps comme frein principal à l'utilisation efficace du PSP :

« On a un gros problème de médecin en fait, nous dans notre service. C'est vrai qu'on a très peu de médecins, donc c'est difficile de mener tous nos objectifs. » (Entretien n°1)

« on manque de temps en fait étant donné que on est toutes référentes et ça se fait sur nos postes on a pas de temps dédié en plus et en plus en ce moment ça fait des mois qu'on a des problèmes d'effectifs. » (Entretien n°2)

« On se rend compte qu'on n'a pas toujours le temps de s'asseoir pour discuter avec eux. » (Entretien n° 3)

« ce qui est compliqué pour impliquer l'équipe c'est le manque de temps, la charge de travail avec les patients chroniques limite la possibilité de se dégager du temps sur le poste de travail et c'est compliqué. » (Entretien n°4)

Même dans les structures engagées, la surcharge de travail limite la capacité à réaliser des entretiens de qualité ou à mettre en œuvre les actions identifiées.

IV-Discussion

IV-1 Résumé de l'étude

Cette étude mixte visait à analyser la connaissance, l'utilisation et la perception du PSP chez les professionnels intervenant en hémodialyse. Elle met en évidence **une connaissance globale de l'outil** (74%), mais un **usage encore hétérogène**, parfois réduit à une formalité administrative. Les principaux freins identifiés sont **le manque de temps, la non-intégration dans les logiciels, l'absence de concertation pluridisciplinaire et une faible participation des aidants**. L'étude montre aussi que le PSP est plus utilisé dans certaines structures hors centre. Le rôle de l'IPA est perçu comme un **levier**, même si sa place dans la coordination du PSP varie selon les contextes. Enfin, des **propositions concrètes d'amélioration** émergent, notamment autour de l'outil, du temps dédié et de la formation des équipes.

IV-2 Mise en perspective avec la littérature

Les résultats de cette étude rejoignent et complètent les constats partagés par la littérature actuelle sur le PSP en hémodialyse(60). D'une part, la connaissance globale de l'outil par les professionnels est élevée, mais son usage demeure hétérogène et souvent limité à une formalité administrative. Plusieurs travaux institutionnels et professionnels, tels que ceux de l'AFIDTN et de l'HAS soulignent que le PSP est fréquemment sous-exploité (61,62). Cette sous-utilisation s'explique par un manque de structuration, une appropriation variable selon les équipes, et une faible coopération. Les freins identifiés (manque de temps, lourdeur administrative, non-intégration du PSP dans les logiciels métiers et l'absence de concertation pluridisciplinaire) sont décrits dans les recommandations nationales et les rapports de terrain (61,62).

Malgré son importance notée dans les textes réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques, l'implication active du patient et de l'aidant demeure un défi à relever dans le cadre quotidien des services d'hémodialyse. Effectivement, la complexité et la rigueur des

soins en hémodialyse ont tendance à mettre au second plan l'écoute active et la co-construction du PSP. Cette difficulté à impliquer le patient et son entourage est d'autant plus importante que la culture professionnelle se concentre sur la sécurité technique et la gestion des risques, au détriment d'une approche holistique et personnalisée. Pourtant, la littérature insiste sur l'importance de prendre en compte les besoins psychosociaux, familiaux et environnementaux du patient, ainsi que sur la nécessité d'une évaluation régulière et partagée des objectifs de soins.

Le rôle de l'IPA apparaît dans la littérature comme un levier prometteur pour favoriser une dynamique de coordination, de personnalisation et d'évaluation clinique du PSP(63)

Les attentes variées retrouvées dans cette enquête concernant le rôle de l'IPA, montrent la jeunesse de la profession.

IV-3 Les forces et limites de l'étude

Cette étude présente plusieurs **forces**. Elle repose sur une **méthodologie mixte** (quantitative et qualitative), permettant d'enrichir les données chiffrées par des éléments de contexte, de vécu et d'interprétation issus du terrain. Le **nombre important de réponses au questionnaire** (144 réponses complètes sur 370 connexions) offre une **vision représentative** des pratiques en hémodialyse, avec une diversité de profils (IDE, cadres, IPA) et de lieux d'exercice (centre lourd, UDM,UAD). La partie qualitative, bien que restreinte à quatre entretiens, a permis de **mettre en lumière des pratiques concrètes**, des divergences de perception, et des leviers potentiels d'amélioration. Son analyse a été menée avec une triangulation des données (une collègue étudiante IPA et une étudiante en soins infirmiers) : les informations ont été croisées selon les rôles professionnels, les lieux d'exercice et les thématiques abordées, ce qui renforce la validité des interprétations, malgré le fait que l'étude ait été conduite par une seule chercheuse.

Cependant, l'étude comporte aussi **plusieurs limites**. Sur la partie quantitative, le **biais de sélection** est possible : les professionnels ayant répondu sont potentiellement les plus intéressés ou sensibilisés au sujet du PSP, ce qui peut surévaluer certaines tendances. La **proportion relativement faible d'IPA** dans l'échantillon (10%) reflète la jeunesse de la profession, mais limite les analyses spécifiques à leur rôle.

Sur la partie qualitative, le **nombre réduit d'entretiens** (4 au lieu des 6 prévus, 2 personnes n'ont pas donné suite) et leur **répartition géographique restreinte** ne permettent pas de généraliser les résultats à l'ensemble du territoire.

Malgré ces limites, les résultats obtenus sont cohérents et riches. Ils permettent de **formuler des recommandations concrètes** pour améliorer l'utilisation du PSP en hémodialyse, en valorisant notamment le rôle de l'IPA dans cette dynamique.

IV-4 Les perspectives

IV-4-1 Les perspectives cliniques

Concernant la défaillance rénale, la prise en soin des patients hémodialisés ne se résumerait pas uniquement à la technique d'épuration extrarénale. Le caractère chronique de la maladie, la nécessité d'être dépendant d'une machine, la fatigue physique et psychologique que le traitement implique, demanderaient une approche holistique et individualisée du patient. Le PSP pourrait répondre à ces exigences en tenant compte des besoins réels que le patient exprime.

Le PSP permettrait d'avoir une vision transversale de la situation du patient en tenant compte de ses données médicales, de ses facteurs psychosociaux, de ses facteurs familiaux, de ses ressources et de ses difficultés. En hémodialyse, cette démarche serait d'autant plus importante dans la mesure où le patient est exposé à des risques particuliers comme la fatigue, les déséquilibres nutritionnels, l'isolement social, la fatigue de l'aidant, l'anxiété liée à la dépendance ou à l'évolution de la maladie. Une évaluation régulière de ces dimensions permettrait d'adapter les objectifs de soins, en intégrant aussi bien les résultats biologiques que les besoins et les attentes du patient.

L'IPA, grâce à ses nouvelles compétences, pourrait identifier des signes de difficultés chez le patient ou son aidant, comme une perte d'appétit, des signes d'anxiété ou un début d'épuisement. Il pourrait alors noter ces éléments dans le PSP et adapter la prise en soin. Les actions entreprises permettraient de prévenir les complications.

La place de l'aidant est essentielle, celui-ci constitue un soutien précieux mais risque aussi au fil du temps de devenir une personne vulnérable. L'IPA, en identifiant les besoins de l'aidant

et en les intégrant au PSP, pourrait permettre d'éviter des situations de rupture de soins (hospitalisation, isolement). Cette approche est en lien avec la théorie de Callista Roy, qui considère l'adaptation du système patient – aidant – environnement comme centrale dans le soin.

Le PSP, pour devenir un outil performant, doit être construit à partir d'une vision globale du patient. Il doit prendre en compte tous les aspects qui se rapportent au patient.

Le rôle de l'IPA serait alors de transformer un document administratif en un document de réflexion clinique qui tiendrait compte de la complexité et de l'aspect unique de chaque situation.

IV-4-2 Les perspectives dans la pratique professionnelle

Même si le PSP permet une prise en soin individualisée, son utilisation dans la pratique reste très variable selon les structures. Dans la pratique quotidienne, le PSP est considéré comme un document administratif de plus, rempli de façon automatique pendant les consultations ou les hospitalisations sans réel intérêt pour les équipes. Cette différence entre la théorie et la pratique constitue un des freins les plus importants à la pertinence du PSP pour les patients dialysés.

Le manque de temps, la lourdeur des protocoles et une formation insuffisante limitent l'utilisation adaptée de cet outil. De même que la politique hospitalière qui reste plutôt axée sur le soin technique ralentit le développement d'un PSP vraiment personnalisé. Dans ce contexte, l'IPA pourrait revaloriser cet outil et encouragerait son utilisation au cœur de la pratique soignante.

Grâce à ses six compétences, l'IPA pourrait remettre du sens dans le PSP. Il ne s'agirait pas uniquement de renseigner un document, mais de construire un projet de soins dynamique, en équipe. Il favoriserait aussi un PSP qui tient compte des priorités du patient et de son entourage avec des réajustements selon l'évolution. Cela supposerait de mettre en place des réunions autour du PSP, des points réguliers avec le patient et l'aidant, mais aussi de favoriser un travail en collaboration avec les autres professionnels (néphrologue, diététicien, assistant social ...).

L'IPA pourrait également proposer des changements par rapport à l'organisation pour faciliter l'utilisation de cet outil. Il pourrait mettre en place des fiches synthétiques, un suivi des objectifs, programmer des réévaluations, faire des check-listes adaptées à la dialyse par exemple. Il jouerait un rôle essentiel pour sensibiliser les soignants à aller au-delà des données biologiques et à replacer le patient au centre du soin. Les IDE sont les interlocuteurs privilégiés des patients. Ils sont au plus proches de ceux-ci, une collaboration efficace entre les équipes soignantes et l'IPA renforcerait la qualité des soins.

L'intégration des aidants semble primordiale. En hémodialyse, ils sont souvent impliqués pour permettre le maintien à domicile. Ils interviennent dans la préparation des médicaments, la préparation des repas Le PSP peut permettre de leur donner un rôle à part entière, d'identifier leurs besoins (épuisement, besoin de formation, temps d'écoute) et de leur proposer des mesures adaptées. L'IPA pourrait intégrer ces dimensions dans une pratique plus humaine et axée sur la prévention.

Dans une pratique professionnelle, l'IPA faciliterait et garantirait une utilisation adaptée du PSP. Il rendrait possible le passage d'une utilisation plus administrative à une utilisation pour un soin centré sur le patient. Cette évolution demande du temps, un engagement des structures et des professionnels. L'IPA avec les compétences acquises pourrait incarner cette transition.

IV-4-3 Les perspectives pour cette recherche

Ce mémoire nous a permis de mettre en évidence les différences entre l'aspect théorique du PSP et sa mise en œuvre en pratique. Ce qui nous montre l'importance d'approfondir la compréhension faite de cet outil par rapport aux soins chroniques complexes des patients hémodialisés. Bien qu'il existe des textes de loi et des directives institutionnelles, peu de recherches étudient actuellement l'effet concret du PSP sur la qualité de vie des patients ou sur l'observance du traitement. C'est un terrain d'investigation prometteur pour les études en sciences infirmières.

Les conclusions de cette recherche montrent que le PSP est complété sans véritable engagement, ni participation directe du patient ou de ses proches. Il serait intéressant d'effectuer des recherches qualitatives afin d'approfondir la compréhension des perceptions des divers intervenants : quelles sont les attentes des patients et du personnel soignant vis-à-

vis d'un PSP ? Quelle est la perception des aidants quant à leur rôle dans ce projet ? Comment les équipes jugent-elles son efficacité réelle ? Ces interrogations, qui n'ont pas encore été explorées dans le domaine de la néphrologie, pourraient être un futur sujet de recherche.

De même, il serait pertinent d'approfondir le rôle de l'IPA dans la mise en œuvre du PSP. Des publications commencent à mettre en évidence le rôle de l'IPA dans la coordination des parcours et l'orientation des soins vers les objectifs de vie. Il y a peu d'études qui évaluent de façon méthodique l'effet de ce rôle sur la réalisation du PSP. Il pourrait être bénéfique d'examiner, au moyen de recherches participatives ou d'analyses comparatives, dans quelle mesure l'action de l'IPA faciliterait un PSP plus personnalisé, réévalué et bénéfique pour les patients.

Il serait également envisageable d'orienter les recherches vers la création de modèles infirmiers intégrant le PSP, en se basant sur des théories de soins comme celles de Watson, Meleis, Peplau et Roy. Cela favoriserait la transformation du PSP en un outil ancré dans une perspective de soins relationnels, adaptatifs et participatifs, en accord avec les valeurs de la pratique avancée. Une telle approche aiderait à consolider l'identité scientifique des soins infirmiers et à renforcer les modèles d'accompagnement axés sur le patient.

Enfin, une autre voie de recherche pourrait s'orienter vers l'intégration des outils numériques dans le cadre du PSP avec un accès commun pour les professionnels et les patients. Il serait intéressant de faire des essais ciblés sur ces innovations numériques dans des unités de dialyse et d'évaluer leurs influences sur la coordination des soins et la satisfaction des patients.

Conclusion

Cette étude, basée sur une méthodologie mixte, avait pour objectif d'explorer les représentations et les usages du PSP en hémodialyse, mais aussi les conditions nécessaires à sa mise en œuvre concrète. Les résultats montrent une forte variabilité des pratiques. L'appropriation de cet outil semble incomplète pour les structures de soins.

La plupart des professionnels interrogés affirme connaître le PSP et valide sa pertinence en théorie. Malgré tout, l'utilisation du PSP reste inégale et limitée à une démarche administrative. Les difficultés évoquées sont récurrentes et confirmées par les entretiens réalisés. Sur le terrain, l'utilisation du PSP varie en fonction de l'organisation et des ressources propres à chaque structure.

Néanmoins, cette enquête met en lumière plusieurs aspects positifs. Certaines équipes se sont pleinement approprié cet outil, en en faisant un véritable support clinique. Il leur a permis de mieux individualiser les soins et de renforcer le dialogue avec le patient.

Lorsqu'il est identifié précisément et soutenu par l'institution, le rôle de l'IPA semble être un atout majeur. En effet, il peut valoriser le PSP et donner du sens aux soins.

Ce travail encourage à repenser le PSP non pas comme un document administratif, mais comme un support pour faciliter les échanges, les réflexions partagées et la cohérence des parcours. Il est indispensable de reconnaître la place de l'IPA dans cette dynamique.

Il est aussi indispensable de favoriser la collaboration interprofessionnelle et l'implication des patients dans la définition de leurs objectifs de soin.

Bibliographie

1. Kovesdy CP. Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022. *Kidney Int Suppl* (2011). avr 2022;12(1):7-11.
2. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 29 févr 2020;395(10225):709-33.
3. Vaidya SR, Aeddula NR. Chronic Kidney Disease. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK535404/>
4. Editorial Board. *Kidney International*. avr 2024;105(4):A1.
5. Le rein : un organe méconnu des Français | Ipsos [Internet]. 2025 [cité 21 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/le-rein-un-organe-meconnu-des-francais>
6. Bachelet T, Berguignat M, Castaings V, Galhaud JP. Amélioration du dépistage de la maladie rénale chronique en médecine de ville. *Néphrologie & Thérapeutique*. 1 sept 2021;17(5):388.
7. Couchoud C, Raffray M, Lassalle M, Duisenbekov Z, Moranne O, Erbaul M, et al. Prevalence of chronic kidney disease in France: methodological considerations and pitfalls with the use of Health claims databases. *Clinical Kidney Journal*. 1 mai 2024;17(5):sfae117.
8. SPF. The renal epidemiology and information network (REIN): a new registry for end-stage renal disease in France [Internet]. [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-cardiovasculaires-et-accident-vasculaire-cerebral/hypertension-arterielle/the-renal-epidemiology-and-information-network-rein-a-new-registry-for-end-stage-renal-disease-in-france>
9. rapport_2022_-_20241128.pdf [Internet]. [cité 11 janv 2025]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_2022_-_20241128.pdf
10. Verger C, Fabre E. RDPLF annual report: Profile of peritoneal dialysis patients in France in 2022, synthetic raw results. *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 26 avr 2023;6(1):41-9.
11. rapport_2022_-_20241128.pdf [Internet]. [cité 10 janv 2025]. Disponible sur: https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_2022_-_20241128.pdf
12. Chronic kidney disease (CKD) - Symptoms, causes, treatment | National Kidney Foundation [Internet]. [cité 13 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.kidney.org/kidney-topics/chronic-kidney-disease-ckd>
13. Editorial Board. *Kidney International*. avr 2024;105(4):A1.
14. Stades de la maladie rénale [Internet]. 2021 [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.kidneyfund.org/all-about-kidneys/stages-kidney-disease>

15. Liu P, Quinn RR, Lam NN, Al-Wahsh H, Sood MM, Tangri N, et al. Progression and Regression of Chronic Kidney Disease by Age Among Adults in a Population-Based Cohort in Alberta, Canada. JAMA Network Open. 8 juin 2021;4(6):e2112828.
16. tableau_comparatif_modes_suppleance_renale.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-09/tableau_comparatif_modes_suppleance_renale.pdf
17. Résultat enquête patients.
18. Nasr M, Hadj Ammar M, Khammouma S, Ben Dhia N, Ghachem A. L'hémodialyse et son impact sur la qualité de vie. Néphrologie & Thérapeutique. 1 févr 2008;4(1):21-7.
19. livretaccueildialyse.pdf [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.elsan.care/sites/default/files/livretaccueildialyse.pdf>
20. L'hémodialyse en centre ou en Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) | La ville du Rein [Internet]. [cité 14 mai 2025]. Disponible sur: <http://villedurein.renaloo.com/la-dialyse-en-etablissement/les-differents-types-dunites-de-dialyse/lhemodialyse-en-centre-ou-en-unite-de-dialyse-medicalisee-udm-2/>
21. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
22. Diplôme d'État infirmier en pratique avancée mention maladie rénale, dialyse, transplantation rénale [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.onisep.fr/ressources/univers-formation/formations/post-bac/diplome-d-etat-infirmier-en-pratique-avancee-mention-maladie-renale-dialyse-transplantation-renale>
23. La pratique avancée en néphrologie : publication du premier ouvrage d'enseignement [Internet]. Anfipa - Association Nationale Française des Infirmier.es en Pratique Avancée. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://anfipa.fr/2024/08/30/la-pratique-avancee-en-nephrologie-publication-du-premier-ouvrage-denseignement/>
24. Rôle de l'infirmière de pratique avancée [Internet]. [cité 20 nov 2024]. Disponible sur: <https://www.espaceinfirmier.fr/actualites/180509-dossier-special-infirmiere-de-pratique-avancee-quelle-fonction-dans-l-equipe-de-soins-hospitaliere/role-de-l-infirmiere-de-pratique-avancee.html>
25. MGAUFFRE. L'IPA en néphrologie : nouveau maillon de la prise en charge [Internet]. Objectif rein santé. 2023 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://objectifreinsante.org/lipa-en-nephrologie-nouveau-maillon-de-la-prise-en-charge/>
26. Infirmier en Pratique Avancée - IPA - Mention NDT : Néphrologie, dialyse et transplantation rénale | Editions Foucher [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.editions-foucher.fr/livre/infirmier-en-pratique-avancee-ipa-mention-ndt-nephrologie-dialyse-et-transplantation-renale-9782216168224>
27. Choury-Gruet C, Kherradji K, Puyou N, Rioche R, Simaillaud A, Vieu C. Présentation de l'infirmier en.
28. 2018-Pratique-infirmiere-avancee-PDF.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/2019/07/2018-Pratique-infirmiere-avancee-PDF.pdf>

29. Rôles des Infirmières en Pratique Avancée (IPA) dans un service de néphrologie - Infirmier(e) en Pratique Avancée. [Internet]. 2024 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://infos-ipa.fr/roles-des-infirmieres-en-pratique-avancee-ipa-dans-un-service-de-nephrologie/>
30. La pratique avancée en néphrologie : publication du premier ouvrage d'enseignement [Internet]. Anfipa - Association Nationale Française des Infirmier.es en Pratique Avancée. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://anfipa.fr/2024/08/30/la-pratique-avancee-en-nephrologie-publication-du-premier-ouvrage-denseignement/>
31. Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. 2004-802 juill 29, 2004.
32. Constitution of the World Health Organization [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
33. Promouvoir la vie - De la pratique des femmes soignantes aux soins... - Librairie Eyrolles [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.eyrolles.com/Sciences/Livre/promouvoir-la-vie-9782225836848/>
34. Mateo MC. Alliance thérapeutique. In: Les concepts en sciences infirmières [Internet]. Association de Recherche en Soins Infirmiers; 2012 [cité 18 nov 2024]. p. 64-6. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/concepts-en-sciences-infirmieres-2eme-edition--9782953331134-page-64>
35. (9) Vidéo | Facebook [Internet]. [cité 2 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/watch/?v=1783569115456256&rdid=ToBsvonsSrmJ39kB>
36. Frimat L, Thevenin-Lemoine B, Borniche D, Untas A, Vrtovsnik F, Vandevivere C. Dialyse et qualité de vie : résultats d'une enquête nationale auprès de patients dialysés ou ayant une expérience de la dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique*. 1 sept 2022;18(5):338.
37. Treatment of adult patients with renal failure: recommended standards and audit measures. 2nd ed. London: Royal College of Physicians of London; 1997.
38. Peplau HE. Peplau's Theory of Interpersonal Relations. *Nurs Sci Q*. 1 oct 1997;10(4):162-7.
39. theoriewatson.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.ch-carcassonne.fr/imgfr/files/theoriewatson.pdf>
40. FAAN AIM PhD, DrPS (hon). Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice. Springer Publishing Company; 2010. 664 p.
41. Roy Adaptation Model, The [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.pearson.com/en-us/subject-catalog/p/roy-adaptation-model-the/P200000001763/9780130384973>
42. Vetel JC. L'IPA: un maillon clé du parcours de soins. Le rôle du CDS dans l'intégration de cet acteur de santé.
43. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 20 avr 2025]. Promouvoir les parcours de soins personnalisés pour les malades chroniques. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1247611/fr/promouvoir-les-parcours-de-soins-personnalises-pour-les-malades-chroniques

44. reco_projet.pdf [Internet]. [cité 1 mars 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf
45. fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/fiche-repere-projet_personnalise_ehpad.pdf
46. reco_projet.pdf [Internet]. [cité 18 nov 2024]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/reco_projet.pdf
47. Projet d'accompagnement personnalisé en ESSMS : le guide complet ! [Internet]. [cité 20 avr 2025]. Disponible sur: https://www.qualineo.io/post/projet-accompagnement-personnalise-essms?utm_source=chatgpt.com
48. Charras K, Cérèse F. Être « chez-soi » en EHPAD : domestiquer l'institution. *Gérontologie et société*. 29 mars 2017;39152(1):169-83.
49. Maladie Rénale Chronique [Internet]. Santelys. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://santelys.fr/filiere/maladie-renale-chronique/>
50. Cousi C. Comment utiliser les méthodes mixtes en recherche ? [Internet]. Methodo Recherche. 2020 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://methodorecherche.com/comment-utiliser-methodes-mixtes/>
51. download.pdf [Internet]. [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.strategie-aims.com/conferences/4-xxeme-conference-de-l-aims/communications/1336-lutilisation-des-methodes-mixtes-dans-la-recherche-francaise-en-strategie-constats-et-pistes-damelioration/download>
52. Abreu G de. La recherche par méthodes mixtes : Exploiter le potentiel de la recherche [Internet]. Mind the Graph Blog. 2023 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://mindthegraph.com/blog/fr/recherche-a-methodes-mixtes/>
53. Articles sur l'effet boule de neige [Internet]. Blog de Questio. 2021 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://blog.questio.fr/mot-cle/effet-boule-de-neige>
54. Abreu G de. L'échantillonnage boule de neige : Dévoiler les secrets d'un outil de recherche puissant [Internet]. Mind the Graph Blog. 2023 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://mindthegraph.com/blog/fr/echantillonnage-en-boule-de-neige/>
55. Une alternative : la méthode de la boule de neige - le blog de Questio [Internet]. Blog de Questio. 2016 [cité 16 mai 2025]. Disponible sur: <https://blog.questio.fr/alternative-methode-de-la-boule-de-neige>
56. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice*. SAGE Publications; 2014. 833 p.
57. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie, la Revue*. janv 2015;15(157):50-4.
58. Boutique La Revue du Praticien [Internet]. [cité 25 mai 2025]. Initiation à la recherche qualitative en Santé. Disponible sur: <https://boutique.larevuedupraticien.fr/initiation-a-la-recherche-qualitative-en-sante>

59. Manuel d'analyse qualitative | De Boeck Supérieur [Internet]. 2025 [cité 25 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.deboecksuperieur.com/livre/9782807323582-manuel-d-analyse-qualitative>
60. Jublin MO, Martin C, Plisson F. SOIN PERSONNALISÉ EN HÉMODIALYSE.
61. rapport_de_certification_cqss_-_31218.pdf [Internet]. [cité 20 mai 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-09/rapport_de_certification_cqss_-_31218.pdf
62. PricewaterhouseCoopers. PwC. [cité 20 mai 2025]. Les IPA : une révolution pour nos parcours de santé ? Disponible sur: <https://www.pwc.fr/fr/publications/sante-et-protection-sociale/les-ipa-revolution-pour-parcours-sante.html>

Table des matières

Avant propos.....	1
I- Introduction.....	2
I -1 Généralités et importance de la MRC.....	2
I-1-1 Définitions.....	2
I-1-2 Données épidémiologiques mondiales.....	3
I-1-3 Données épidémiologiques en France.....	3
I-1-4 Les principales étiologies de la MRC.....	5
I-1-5 Les stades de la MRC et l'évolution vers la défaillance rénale.....	5
I-1-6 De la défaillance rénale à la suppléance : la place du patient dialysé.....	6
I-1-7 Les différents centres de dialyse.....	7
I-1-7-1 L'hémodialyse.....	7
I-1-7-2 Les trois types de structures de dialyse.....	7
I-1-8 L'infirmier en pratique avancée (IPA) mention MRC-D-T.....	8
I-1-8-1 Un rôle pivot dans la prise en soin globale.....	9
I-1-8-2 Les compétences selon le modèle d'Ann Hamric.....	9
I-1-8-3 Un nouveau maillon pour les parcours de soins complexes.....	10
I-2 La relation soignant-soigné.....	11
I-2-1 Définition de la relation soignant-soigné.....	11
I-2-1-1 Généralités.....	11
I-2-1-2 La relation soignant-soigné en hémodialyse.....	11
I-2-2 La relation soignant-soigné dans les sciences infirmières.....	12
I-2-2-1 Selon Hildegard Peplau : La théorie de la relation interpersonnelle.....	12
I-2-2-2 Selon Jean Watson : La théorie du <i>caring</i>	12
I-2-2-3 Selon Afaf Meleis : La théorie des transitions.....	12
I-2-3 La relation soignant-soigné dans la pratique quotidienne en hémodialyse.....	13
I-3 Le projet de soin personnalisé et sa déclinaison en dialyse.....	14
I-3-1 Le projet de soin personnalisé.....	14
I-3-2 Exemples d'application du PSP.....	14
I-3-2-1 Exemple en EHPAD.....	14
I-3-2-2 Exemple en psychiatrie.....	15
I-3-2-3 Exemple en centre médico-social.....	15
I-3-3 Le projet de soin personnalisé dans mon centre d'intervention.....	15
II-Méthodologie.....	17

II-1 Type d'étude.....	17
II-2 Population étudiée.....	17
II-3 Recueil des données.....	18
II-3-1 Phase quantitative.....	18
II-3-1-1 Recueil de données.....	18
II-3-1-2 Aspects réglementaires.....	18
II-3-1-3 Méthode d'analyse.....	18
II-3-1-4 La diffusion du questionnaire quantitatif.....	18
II-3-2 Phase qualitative.....	19
II-3-2-1 Recueil de données.....	19
II-3-1-2 Méthode d'analyse.....	19
III-Résultats et Analyse.....	20
III-1 Résultats du questionnaire quantitatif.....	20
III-1-1 Population étudiée.....	20
III-1-2 Connaissance du PSP.....	21
III-1-2-1 Définition et formation.....	21
III-1-2-3 Le recours aux IPA.....	28
III-2 Analyse de la partie recherche quantitative.....	30
III-2-1 La population.....	30
III-2-2 Le projet de soin personnalisé (PSP).....	31
III-2-2-1 Définition du PSP	31
III-2-2-2 Utilisation du PSP.....	31
III-2-2-3 La communication.....	31
III-2-2-4 Propositions d'amélioration du PSP.....	32
III-2-2-5 Le rôle de l'IPA.....	32
III-3 Résultats et analyse de la partie recherche qualitative.....	33
III-3-1 Les usages selon les structures.....	33
III-3-2 Réalisation et échanges.....	34
III-3-3 La place des aidants.....	35
III-3-4 Le rôle de l'IPA.....	35
III-3-5 Le manque de temps : obstacle pour tous.....	36
IV-Discussion.....	37
IV-1 Résumé de l'étude.....	37
IV-2 Mise en perspective avec la littérature.....	37
IV-3 Les forces et limites de l'étude.....	38

IV-4 Les perspectives.....	39
IV-4-1 Les perspectives cliniques.....	39
IV-4-2 Les perspectives dans la pratique professionnelle.....	40
IV-4-3 Les perspectives pour cette recherche.....	41
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Table des illustrations.....	52
Annexes.....	53
Annexe n° 1 : Questionnaire quantitatif.....	53
Annexe n°2 : Information protection des données.....	58
Annexe n°3 : Fichier résultats questionnaires.....	59
Annexe n° 4 : Grille d’entretien semi-dirigés.....	60
Annexe n° 5 : Verbatims entretiens.....	62
Annexe n° 6 : Grille Coreq.....	63

Table des illustrations

TABLE DES FIGURES

1. Figure n°1 : Rapport annuel Rein 2022 (synthèse)

TABLE DES GRAPHIQUES

1. Graphique n°1 : Durée d'exercice en hémodialyse
2. Graphique n°2 : La profession
3. Graphique n ° 3 : Résultats occurrence : Définition PSP
4. Graphique n° 4 : Lieu d'utilisation antérieure
5. Graphique n° 5 : Types de support
6. Graphique n° 6: Difficultés rencontrées
7. Graphique n°7 : Inadéquation avec la pratiques quotidienne
8. Graphique n°8 : Freins à l'implication des patients
9. Graphique n° 9 : L'IPA a-t-elle un rôle en lien avec le PSP ?

TABLE DES TABLEAUX

1. Tableau n°1 : Les centres de dialyses
2. Tableau n°2 : Freins complémentaires à l'implication des patients
3. Tableau n°3 : Outils facilitant l'utilisation

Annexes

Annexe n° 1 : Questionnaire quantitatif

<https://sondages.santelys.fr/888889?lang=fr>

Guide d'entretien pour le questionnaire en ligne

La population concernée étant majoritairement féminine, le terme féminin « infirmière » sera employé tout au long de l'étude.

Questionnaire à destination des infirmières de soins intervenant dans les centres de dialyse, des cadres de santé/infirmières référentes et des infirmières de pratique avancée.

Critères d'inclusion : toutes les infirmières précitées quel que soit leur ancienneté travaillant en hémodialyse

Critères d'exclusion : tous les intervenants autres que les infirmières.

Infirmière étudiante en pratique avancée en deuxième année, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'utilisation du Projet de Soins Personnalisés (PSP) dans la prise en soin des patients hémodialysés.

A travers ce questionnaire, je souhaite recueillir vos perceptions et vos attentes concernant l'utilisation de cet outil.

Vos réponses resteront confidentielles et contribueront à l'amélioration de la qualité et de l'efficacité du PSP.

Le temps nécessaire pour répondre à ce questionnaire est d'environ 5 minutes. Je vous remercie pour votre participation

Angélique Herbin

1. Depuis combien de temps, exercez-vous en hémodialyse ?

☐ moins de 1 an ☐ de 1 à 3 ans ☐ de 3 à 8 ans ☐ depuis plus de 8 ans

2. Dans quel type de structure travaillez-vous ?

☐ Centre lourd ☐ UDM Unité de Dialyse Médicalisée ☐ UAD Unité d'Auto Dialyse

3. Quelle est votre profession ?

- ☐ Infirmière de soin ☐ Cadre de santé / Infirmière référente ☐ Infirmière de pratique avancée

Question spécifique pour les IPA

3. 1 Depuis combien de temps exercez-vous les fonctions propres à votre nouveau statut au sein de votre équipe ?

- ☐ moins de 6 mois ☐ De 6mois à 1 an ☐ Depuis plus de 1 an

4. Connaissez- vous le projet de soin personnalisé (PSP)?

- ☐ Oui ☐ Non

5. comment définiriez-vous le projet de soin personnalisé ? (texte libre)

6. Avez-vous déjà utilisé le PSP dans votre Pratique ?

- ☐ Pratique antérieure ☐ Pratique actuelle ☐ Jamais utilisé

Question spécifique pour la réponse pratique antérieure

6.1 Dans quel service l'avez-vous déjà utilisé ?

- ☐ Ehpad ☐ Service de soins de suite et réadaptation ☐ Hôpital à domicile ☐ Autre : préciser

7. Avez-vous reçu une formation ou des explications sur le PSP et son utilisation ?

- ☐ Oui ☐ Non

Question spécifique pour la réponse oui :

7.1 Considérez- vous que cette formation vous a apporté des explications ?

- ☐ Suffisantes ☐ Insuffisantes

8. A quelle fréquence le remplissez-vous ?

- ☐ jamais ☐ Au moins une fois par an ☐ Plus d'une fois par an (précisez :) ☐ Autre
(précisez :)

9. Si des actions particulières sont nécessaires suite à la réalisation du PSP , comment les tracez-vous ?

10. Pouvez-vous préciser le type de support utilisé pour remplir le PSP ?

☐ support papier ☐ support informatique ☐ document avec PSP seul ☐ document regroupant plusieurs critères

11. Rencontrez-vous des difficultés dans l'utilisation du PSP ?

☐ Oui ☐ Non

Réponse spécifique uniquement pour les OUI

11.1 si oui lesquelles : ☐ Technique (support , accès au PSP...) ☐ Manque de temps ☐ outil inadapté ☐ manque de clarté dans le contenu du PSP ☐ support papier non adapté ☐ Autres (précisez :)

12. Pensez- vous qu'il soit bien adapté à votre pratique quotidienne ?

☐ Oui ☐ partiellement ☐ Non adapté

Réponse spécifique uniquement pour les partiellement et non

12.1 Selon vous, pour quelles raisons n'est-il pas adapté ?

☐ Manque de temps ☐ outil inadapté ☐ manque de clarté dans le contenu du PSP ☐ support papier non adapté ☐ Autres (précisez :)

13. Comment le PSP influence-t-il votre communication avec les autres membres de l'équipe ?

☐ Facilite la communication ☐ Pas d'influence ☐ limite la communication

14. Selon vous, le PSP influence-t-il votre communication avec le patient ?

☐ Facilite la communication ☐ Pas d'influence ☐ limite la communication

15. Le PSP permet-il de mieux intégrer les besoins et attentes des patients dans les décisions de soins ?

☐ Oui ☐ Non ☐ autre : (précisez :)

16. Comment qualifieriez-vous la participation des patients à l'élaboration de leur PSP ?

☐ active ☐ Non active ☐ autre :(précisez :)

17. Selon vous, y a-t-il des freins à impliquer davantage les patients dans ce processus ?

☐ oui ☐ non

Question spécifique pour les Oui

17.1 si oui merci de préciser :

☐ manque de temps ☐ outil inadapté ☐ manque d'information ☐ manque de coordination
☐ autre: (texte libre)

18 . Quelles modifications apporteriez-vous au PSP pour qu'il soit plus utile et pratique ?

Texte libre

19. Quels outils ou ressources pourraient faciliter son utilisation ?

Texte libre

Questions 20 / 21 spécifiques pour les infirmières de soin et les infirmières référentes uniquement

20. Pensez-vous que l'IPA puisse jouer un rôle dans l'élaboration, la coordination et le suivi de PSP ?

☐ Oui ☐ Non

20.1 Si Oui : Selon vous, quel pourrait être le rôle d'une IPA dans l'élaboration, la coordination ou le suivi des PSP ?

Texte Libre :

21. Une IPA intervient-elle dans votre unité ?

☐ Oui ☐ Non

21.1 si oui : Depuis combien de temps exerce-t-elle ses missions ?

☐ moins de 6 mois ☐ De 6 mois à 1 an ☐ Depuis plus de 1 an

21.2 Si oui : Quel est le rôle IPA dans l'élaboration, la coordination et le suivi du PSP ?

Texte libre

21.3 Si oui : Voyez-vous d'autres façons dont l'IPA pourrait soutenir l'équipe soignante dans ce domaine ?

☐ oui : lesquelles : ☐ non

22. Si des informations supplémentaires étaient nécessaires, seriez-vous d'accord pour être recontactée pour un entretien éventuel (entretien d'une dizaine de minute) ?

☐ oui ☐ non

Si oui merci de préciser vos coordonnées : mail et numéro de portable

Concernant l'élaboration du questionnaire :

Pour les questions 1 – 3 – 3.1 – 4 – 11 – 12 – 13 – 14 – 15 – 16 – 17 – 20 – 21 – 21.1 – 21.3 un seul choix possible

Pour les questions 2 – 6 – 6.1 – 8 – 10 – 11.1 – 12.1 – 17.1 choix multiple

Pour les autres questions texte libre

texte libre à chaque fois qu'il y a « autre : précisez »

Questions obligatoires : 1 – 2 – 3 – 3.1 – 4 – 20 – 21 – 21.1 – 22

Annexe n°2 : Information protection des données

L'introduction du questionnaire comprenait le paragraphe suivant :

« Vous acceptez, conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), que vos données à caractère personnel soient collectées et fassent l'objet d'un traitement informatique à cette seule fin par Santélys.

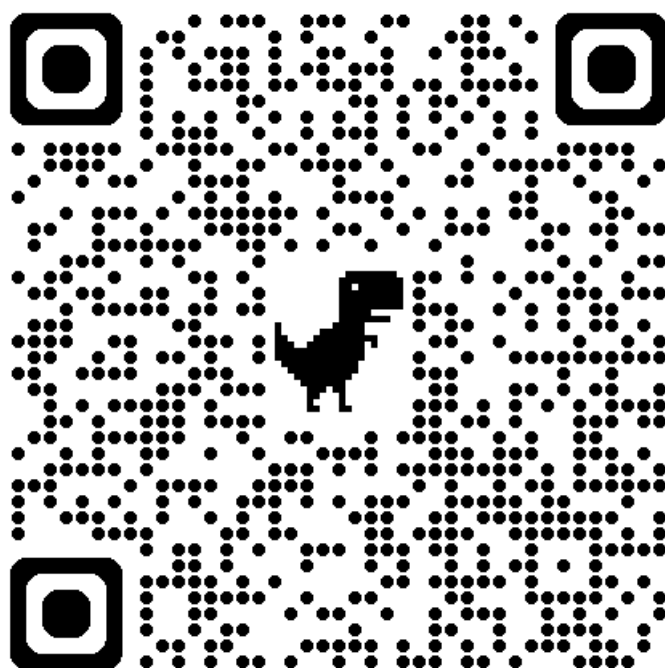
Les informations recueillies dans ce cadre sont rendues anonymes au moment de leur traitement par Santélys et les données vous concernant seront supprimées au bout de 10 ans.

Conformément au RGPD et à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous pouvez accéder et rectifier les informations qui vous concernent.

Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez-nous adresser un mail à : dpo@santelys.fr ou par courrier adressé à Monsieur / Madame le DPO de Santélys – 351 rue Ambroise Paré 59120 LOOS.

Retrouvez plus d'informations sur vos droits et recours sur cnil.fr. Vous pouvez introduire une réclamation auprès de la CNIL sur cnil.fr/plaintes. »

Annexe n°3 : Fichier résultats questionnaires



Annexe n° 4 : Grille d'entretien semi-dirigés

Une grille d'entretien semi-directif a été construite à partir des résultats de l'enquête quantitative et des objectifs de recherche.

Afin d'optimiser la qualité des données recueillies, la grille a été personnalisée selon le profil de chaque participant.

Des notions de base restent communes aux 6 entretiens, comme :

- La représentation et compréhension du PSP
- les obstacles rencontrés et les besoins exprimés
- la communication pluriprofessionnelle et la place du patient
- Rôle réel ou attendu de l'IPA dans l'élaboration, la coordination ou le suivi du PSP

IDE 1 « a déjà utilisé le PSP en dehors de la dialyse » (comparer ses expériences hors-dialyse avec la pratique actuelle)

- Dans quel contexte avez-vous déjà utilisé le PSP (hors dialyse)
- Quelles différences notez-vous avec la dialyse ?
- Trouvez-vous cet outil pertinent pour l'hémodialyse ? Pourquoi ?
- Quels freins voyez-vous à sa mise en œuvre dans ce secteur ?
- Quel rôle pourrait jouer l'IPA dans l'articulation entre les outils ?

IDE 2 « mise en place d'une transmission ciblée dans le service » (faire le lien entre transmission ciblée et PSP)

- Pouvez-vous me parler de la transmission ciblée que vous avez créée ?
- Qu'apporte selon vous un outil structuré comme le PSP au suivi patient ?
- Quels sont les freins ou leviers pour l'équipe ?
- Quel rôle pourrait jouer l'IPA dans l'articulation entre les outils ?

IDE 3 « IPA présente dans le service, mais peu d'échanges » (voir les attentes et les blocages liés à la collaboration)

- Quelle est votre perception du rôle de l'IPA dans votre service ?
- Avez-vous eu des échanges sur le PSP avec elle ?
- Que faudrait-il selon vous pour créer une vraie collaboration autour du PSP ?
- Le PSP pourrait-il devenir un outil de lien entre vous ?
- Voyez-vous des améliorations concrètes possibles ?

IDE 4 « travaille en centre lourd » (voir les spécificités liées au parcours complexe du patient)

- Quels sont selon vous les besoins spécifiques des patients en centre lourd ?
- Le PSP pourrait-il répondre à ces besoins selon vous ?
- Utilisez-vous des outils équivalents et en fonction cela vous est-il utile ?
- Quelles seraient les conditions nécessaires pour intégrer le PSP ?
- Quelle place voyez-vous pour l'IPA dans cette organisation complexe ?

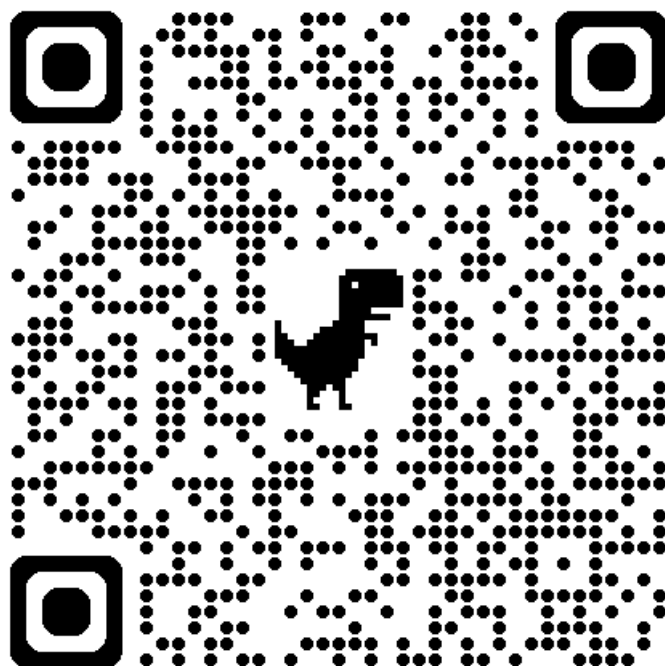
IPA « utilise le PSP surtout en ETP, Hors-centre » (voir l'usage actuel et les transferts possibles)

- Dans quel cadre utilisez-vous actuellement le PSP ?
- Voyez-vous un intérêt à son utilisation en hémodialyse ?
- Quelles limites ou adaptations faudrait-il prévoir ?
- Quel rôle l'IPA peut-elle jouer pour intégrer le PSP dans un parcours patient ?
- Quelle collaboration avec les IDE serait nécessaire ?

Cadre « utilisation limitée à l'infirmière coordonnatrice » (voir les freins et les possibilités d'évolution)

- Qui utilise actuellement le PSP dans votre unité et comment ?
- Quelles sont les limites à son déploiement plus large ?
- Que pensez-vous de son utilité potentielle pour l'équipe IDE ?
- L'IPA pourrait-elle avoir un rôle d'animation ou de coordination autour de cet outil ?
- Que faudrait-il faire pour généraliser son usage ?

Annexe n° 5 : Verbatims entretiens



Annexe n° 6 : Grille Coreq

GRILLE COREQ

Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles :

Numéro	Item	Guide questions/descriptions	Réponse
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)	Angélique Herbin assistée du pôle recherche de Santélys
2	Titres académiques	Quel était son activité au moment de l'étude	Infirmière libérale diplômée d'Etat
3	Activité	Quel était son activité au moment de l'étude ?	Infirmière Libérale en dialyse hors centre et étudiante Infirmière en pratique avancée
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Femme
5	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
--------	------	-----------------------------	---------

6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non pour les 4 entretiens
7	Connaissances des participants au sujet du chercheur ?	Que savaient les participants au sujet de chercheur ?	Réalisation d'un travail sur l'utilisation et la perception des soignants par rapport au PSP
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Entretiens semi-dirigés

Sélection des participants :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
10	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les	Pour les entretiens : sélection par

		participants ?	échantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par mails
12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude	6 personnes (4 IDE, 1 IPA, 1 cadre)
13	Non-participant	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ?	2 IDES n'ont pas répondu au mail de demande d'entretiens

Contexte :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
14	Cadre de la collecte des données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Domicile des personnes
15	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Elles sont précisées dans la guide d'entretien

Recueil des données :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui
18	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non, un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio après accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Pour les entretiens ont duré entre 15 et 20 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
23	Retour des transcriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Le chercheur, une autre étudiante infirmière en pratique avancée de deuxième année et une étudiante infirmière deuxième année
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Ils correspondent aux thèmes des tableaux et sont illustrés par des verbatims
2628	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Ils étaient déterminés à partir des données suite à l'analyse
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	Non
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

Numéro	Item	Guide questions/description	Réponse
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes /résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

AUTEURE : Nom : Billoir

Prénom : Angélique

Date de soutenance : Le 30 juin 2025

Titre du mémoire: Le projet de soin personnalisé en hémodialyse : entre attentes théoriques et réalité clinique

TITLE : *The Personalized Care Project in Hemodialysis : between Theoretical Expectations and Clinical Reality .*

Mots clés : projet de soin personnalisé, outil pratique, théorie, centre d'hémodialyse, réalisation clinique.

Key Words : personalized care project, practical tool, theory, hemodialysis center, clinical implementation.

Résumé :

Contexte : Le projet de soin personnalisé est à la base un outil favorisant la prise en soin individualisée aux besoins des patients. Cependant le PSP reste peu mobilisé dans la pratique clinique quotidienne ce qui peut limiter l'impact sur la qualité et la personnalisation des soins.

Méthode : Etude multicentrique, descriptive et interprétative établie sur une méthodologie mixte quantitative et qualitative.

Résultats : Bonne connaissance globale de l'outil, mais usage encore hétérogène parfois réduit à une formalité administrative. Les freins principaux identifiés sont le manque de temps, l'absence de concertation pluridisciplinaire et une faible participation des aidants.

Conclusion : Ce travail encourage à repenser le PSP comme un support pour encourager les échanges, les réflexions partagées et la cohérence des parcours. Grâce à ses compétences, l'IPA a sa place dans cette dynamique.

Abstract :

Background : The personalized care plan is basically a tool promoting individualized care tailored to the needs of patients. However, the PSP remains little used in daily clinical practice, which can limit the impact on the quality and personalization of care.

Method : Multicenter, descriptive and interpretative study based on a mixed quantitative and qualitative methodology.

Expected Results : Good overall knowledge of the tool, but its use remains heterogeneous and sometimes reduced to an administrative formality. The main obstacles identified are a lack of time, the absence of multidisciplinary consultation, and low participation by caregivers.

Conclusion : This work encourages us to rethink the PSP as a support to encourage exchanges, shared reflections and consistency of pathways. Thanks to its skills, the IPA has its place in this dynamic.

Directeur de mémoire: Gladieux Laurie, Infirmière en Pratique Avancée