

Faculté de santé publique

Comment la coconstruction et la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artérioveineuse influencent-elles le sentiment de compétence et la satisfaction au travail des infirmiers de dialyse d'un hôpital bruxellois ?

Mémoire réalisé par Claude El Salwa

Promoteur : William D'hoore

Copromotrice : Charlotte Van Noten

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Comment la coconstruction et la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artérioveineuse influencent-elles le sentiment de compétence et la satisfaction au travail des infirmiers de dialyse d'un hôpital bruxellois ?

Mémoire réalisé par Claude El Salwa

Promoteur : William D'hoore

Copromotrice : Charlotte Van Noten

Année académique 2023-2024

Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Arrivée au terme de l'aventure mémoire, je tiens à remercier tous ceux qui ont agi, d'une manière ou d'une autre pour faire de ce voyage, un moment de découvertes enrichissantes plus qu'un parcours d'obstacles.

Je remercie d'abord et de tout cœur, mon promoteur William d'Hoore d'avoir été ma boussole. Merci à lui pour sa disponibilité, sa bienveillance et ses suggestions, ses conseils avisés qui m'ont ramenée sur le bon chemin quand d'aventure, je m'étais égarée. Merci aussi au Dr Van Noten qui a accepté d'être ma copromotrice, au professeur Jadoul d'avoir accepté d'être lecteur de mon mémoire et à l'équipe de l'UCLouvain dans son ensemble.

Je tiens aussi à adresser un grand merci à mes collègues, actuels et anciens.

Je remercie enfin mes proches: à mes enfants Charbel et Marc et surtout à mon mari, qui a toujours été là, qui a accepté de mettre entre parenthèses la vie de famille et qui m'a soutenue pendant mes moments de doutes et de découragement

Enfin un grand merci à Madame Dumont, à mes amies Lydia, Najoua, Zohra, Fanica, Nene... C'est aussi grâce à vos encouragements que je suis arrivée au bout de l'aventure du mémoire et du master...

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux,...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Lexique

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

FAV : Fistule artério-veineuse.

IRCT: Insuffisance rénale chronique terminale.

SEPSAC: Secrétariat Européen des Pratiques de Santé Communautaire. Créé en 1986 dans la foulée de la Déclaration d'Alma Ata et de la Charte d'Ottawa, pour « *tisser des liens entre les professionnels de la santé du secteur primaire, qui développent des pratiques novatrices pour mettre en oeuvre une approche globale et intégrée de la santé* ». Ce secrétariat a notamment listé les repères pour organiser les démarches communautaires en santé.

Site Rite : appareil d'échographie de la fistule artério-veineuse. Il permet de visualiser les sténoses, de vérifier le diamètre de la fistule et sa profondeur, ce qui permet d'objectiver les complications éventuelles et de guider l'infirmier lors de la ponction.

SFAV : Société Francophone de l'Abord Vasculaire.

Résumé

Contexte

Infirmière en dialyse avec plus de dix ans d'expérience, nous avons rejoint le centre de dialyse de Sainte Anne-Rémi le 8 janvier 2024 et en sommes devenue l'infirmière en chef le 1er mai 2024. À notre arrivée, l'équipe manquait de formation en gestion des fistules artério-veineuses (FAV), ce qui causait un sentiment d'insécurité exprimé par certains infirmiers. Pour remédier à cela, nous avons développé un programme de formation en co-construction avec les infirmiers, basé sur la pratique quotidienne en dialyse et en collaboration avec les médecins.

Objectifs

L'étude vise à répondre à la question suivante : « Comment la coconstruction et la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artérioveineuse influencent-elles le sentiment de compétence et la satisfaction au travail des infirmiers de dialyse d'un hôpital bruxellois ? ».

Méthodes

La méthode adoptée est la méthode qualitative. L'étude a été menée auprès de cinq infirmières moins expérimentées d'un service d'auto-dialyse. Une analyse des besoins, réalisée via des entretiens semi-directifs, a défini les objectifs et le contenu du programme de formation. Le feedback continu et une enquête de satisfaction ont permis d'évaluer les effets du programme avant et après sa mise en œuvre.

Résultats

Les entretiens ont révélé un manque de sécurité et de satisfaction professionnelle lié à un déficit de connaissances, une charge de travail importante et un manque d'encadrement. Les infirmières ont exprimé le besoin d'une formation adaptée à leurs pratiques, ainsi que plus de parrainage et d'encadrement. Les résultats montrent que le programme a amélioré le sentiment de sécurité, de compétence, la satisfaction professionnelle, et les relations avec l'équipe médicale. Il a aussi résolu certains besoins organisationnels et fonctionnels, renforçant le sentiment de reconnaissance, de justice et d'équité des infirmières.

Conclusion

L'approche participative et collaborative du programme de formation a significativement amélioré le sentiment de compétence et de satisfaction des infirmiers, ainsi que la collaboration au sein de l'équipe. Les effets positifs se sont également étendus à la sphère personnelle des infirmières.

Mots clés : Co-construction – Programme de formation – Participation – Satisfaction – Analyse des besoins – Fistule artérioveineuse

Table des matières

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>1</u>
1. PROBLÉMATIQUE ET SITUATION	1
3. L'OBJET DE L'ÉTUDE.....	3
3. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE.....	3
<u>CHAPITRE 1. GÉNÉRALITÉS ET CONCEPTS THÉORIQUES</u>	<u>5</u>
1.1 FORMATION ET RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE DES SOIGNANTS	5
1.2 ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION DES SOIGNANTS.....	5
1.3 DE L'ANALYSE DES BESOINS DE FORMATION DES SOIGNANTS À LA DÉFINITION DES OBJECTIFS DE FORMATION	7
1.4 PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, MOBILISATION ET PARTENARIAT	10
1.5 LA QUESTION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL	11
1.6 LA COMMUNICATION	12
1.7 LA QUESTION DE LA JUSTICE	12
<u>CHAPITRE 2 METHODES DU TRAVAIL.....</u>	<u>14</u>
2.1 CADRE DE L'ÉTUDE.....	14
2.1.1 LES VALEURS DU CHIREC.....	14
2.1.2 L'ÉQUIPE DU CENTRE D'AUTO DIALYSE	14
2.2 PRÉSUPPOSÉS DE DÉPART DE L'ÉTUDE.....	15
2.3 MÉTHODOLOGIE	16
2.3.1 ÉCHANTILLONNAGE ET RECRUTEMENT	16
2.3.2 MÉTHODES ET DÉMARCHE COMMUNAUTAIRE.....	18
2.3.3 ÉTAPES DU PROJET	19
<u>CHAPITRE 3: RESULTATS</u>	<u>22</u>

3.1 PRÉSENTATION DE L'ÉCHANTILLON.....	22
3.2. ANALYSE THÉMATIQUE	23
3.2.1 ANALYSE THÉMATIQUE DES RETOURS DES GUIDES D'ENTRETIEN	24
3.2.2 ANALYSE DES RETOURS DES ENQUÊTES DE SATISFACTION	34
3.2.3 CONCLUSION DE L'ANALYSE DES RÉSULTATS	37
<u>CHAPITRE 4 DISCUSSION.....</u>	<u>39</u>
4.1 LES EFFETS INDIVIDUELS ET PERSONNELS: UNE FORMATION BASÉE SUR UNE ANALYSE DES BESOINS.....	40
4.2 LES EFFETS RELATIONNELS, EN LIEN AVEC LES RAPPORTS AVEC LEUR ÉQUIPE.....	42
4.2.1 L'APPROCHE PAR LA DÉFINITION DES INTÉRÊTS SOCIAUX DANS LES SITUATIONS DE TRAVAIL	42
4.2.2 LES EFFETS DE L'APPROCHE PARTICIPATIVE.....	43
4.2.3 VALORISER ET MUTUALISER LES RESSOURCES DE LA COMMUNAUTÉ	44
4.2.4 LA QUESTION DE LA SATISFACTION AU TRAVAIL.....	45
4.2.5 RENFORCER LE SENTIMENT DE JUSTICE	45
4.3 LES EFFETS SUR LE TRAVAIL EN ÉQUIPE: UNE COMMUNICATION TRANSPARENTE.....	46
<u>LIMITES.....</u>	<u>47</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>48</u>
<u>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</u>	<u>50</u>

INTRODUCTION

1. PROBLÉMATIQUE ET SITUATION

Ce mémoire est consacré aux effets de la coconstruction et de la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artério-veineuse sur une équipe d'infirmiers de dialyse. L'insuffisance rénale chronique est une maladie qui touche une large population en Europe et dans le monde entier. Elle se développe à travers différents stades, le dernier étant lorsque les reins deviennent incapables d'assumer leurs principales fonctions (Agence de la biomédecine 2021).

Lorsque 85 % à 90 % de la fonction rénale est perdue, on parle d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) : les reins ne sont plus capables d'assurer leur rôle et il faut envisager un traitement de suppléance. Au 31 décembre 2021, on dénombre en France 92 535 patients en traitement de suppléance dont 51 355 (55 %) en dialyse et 41 210 (45 %) bénéficiant d'un greffon rénal fonctionnel (Agence de la biomédecine 2021).

Parmi les traitements de substitution mis en place, figure l'hémodialyse. L'hémodialyse est une méthode d'épuration extrarénale. Pour la réaliser, un accès au sang est nécessaire. Cet accès peut être obtenu, soit par l'intermédiaire d'un cathéter central, soit par le biais d'une fistule artérioveineuse native ou synthétique.

La littérature scientifique démontre que la fistule artério-veineuse native est l'accès privilégié pour l'hémodialyse, principalement en raison de sa capacité à assurer un débit sanguin optimal, ce qui favorise un nettoyage efficace du sang. De plus, elle présente une longévité remarquable lorsqu'elle est entretenue, ce qui joue un rôle important dans la réduction de la morbidité et de la mortalité des patients dialysés.

Mais la fistule artério-veineuse native est sujette à diverses complications, à la fois intrinsèques, liées à la nature de la fistule elle-même, et extrinsèques, résultant d'une mauvaise utilisation ou d'une surveillance insuffisante. Ces complications peuvent aller jusqu'à la perte de la fistule.

La responsabilité et la formation des soignants dans la gestion de la FAV sont donc très importantes (Jiber et al, 2015).

2. Justification du mémoire et contexte

L'idée de consacrer un mémoire à la formation à la gestion de la fistule artériovoineuse a germé peu après notre embauche dans le centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi, l'un des trois services de dialyse du CHIREC, Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell.

Ce centre est implanté dans la commune d'Anderlecht, une zone à forte densité de population, qui comptait en 2023, environ 6981 habitants par kilomètre carré. Une concentration démographique élevée, une forte densité résidentielle et une certaine précarité socio-économique, influencent directement les besoins en services de santé de la commune

(Joie, 2022) : dans des communes de ce type, les maladies les plus courantes sont l'obésité, le diabète et l'hypertension qui constituent un terrain favorable de l'IRCT (Samadoulougou, 2024).

Ainsi, le centre d'auto-dialyse, en raison de sa localisation dans cette zone, est susceptible de recevoir davantage de demandes de soins par rapport à des communes moins peuplées et plus favorisées.

Infirmière en dialyse depuis plus de 10 ans et justifiant d'une formation en néphrologie, nous avons été embauchée en tant qu'infirmière, dans ce centre le 8 janvier 2024. Depuis le premier mai 2024, nous avons remplacé l'infirmière en chef, qui part bientôt à la retraite.

A notre arrivée, suite à plusieurs départs et remplacements, l'équipe d'infirmiers ne comptait que deux infirmiers expérimentés dans le domaine de la dialyse. Certains infirmiers de ce service étaient bien conscients de leur manque de formation et avaient fait part à leur hiérarchie de leur sentiment d'insécurité, d'inconfort et de leur manque de préparation pour la prise en charge des fistules artériovoineuses. Aussi, dès notre arrivée, nous avons été chargée d'organiser ce programme de formation pour répondre à la demande des infirmiers.

Nous avons d'emblée privilégié l'option de proposer un projet de coconstruction de ce programme de formation en lien direct avec leur pratique quotidienne en dialyse.

Plusieurs études mettent en effet en évidence qu'une formation basée sur la pratique et la répétition des gestes techniques réduit davantage les effets indésirables liés à la FAV qu'une formation théorique (HAS, 2012). En outre, de nombreux articles montrent que des mesures simples, comme l'observation du patient, permettraient de détecter précocement des complications (Pengloan, 2015).

On peut d'ailleurs interpréter cela en creux comme le constat que la formation du personnel soignant au sujet des patients dialysés et au sujet de la FAV est insuffisante et que son amélioration réduirait la survenue d'événements indésirables.

Sur un autre plan, on peut également évoquer comme Cheikh et al (2022) le fait que le manque de collaboration entre les différents acteurs du système de santé (notamment médecins et infirmières) entrave la survie de la première FAV.

Pour l'élaboration et la mise en place de ce programme de formation, nous avons aussi privilégié un processus collaboratif pour aboutir à un programme de formation à la gestion de la FAV, PAR et AVEC les soignants confrontés à cette situation. Nous avons donc sollicité dès le départ LEUR participation active à ce processus. L'engagement des infirmiers est en effet primordial pour atteindre les objectifs de ce programme, à savoir accroître leur sentiment de compétences dans la gestion des complications des fistules artérioveineuses natives et par conséquent améliorer leur satisfaction professionnelle.

Ce choix, s'il est de nature à encourager l'engagement et l'implication des infirmiers de dialyse, et à augmenter leur sentiment de compétence et leur satisfaction personnelle, devrait aussi permettre à terme d'améliorer tant la qualité des soins qu'ils prodiguent aux patients dialysés par fistule artério-veineuse que la collaboration des infirmiers avec les autres membres de l'équipe de dialyse.

3. L'OBJET DE L'ÉTUDE

La présente étude a pour objectif de trouver des éléments de réponse à la question de recherche que l'on pourrait formuler comme suit: « *Comment la coconstruction et la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artérioveineuse influencent-elles le sentiment de compétence et la satisfaction au travail des infirmiers de dialyse d'un hôpital bruxellois ?* »

L'objet de notre étude est donc de montrer comment l'engagement de ces infirmiers dans leur programme de formation, dès sa conception et jusqu'à sa mise en place, influence leur sentiment de compétence, leur satisfaction au travail, et par conséquent leurs pratiques de soins, la qualité de ceux-ci et la collaboration avec les autres membres de l'équipe.

3. BUTS ET OBJECTIFS DE L'ETUDE

But: Participer à l'amélioration des pratiques de prise en charge de la fistule artério-veineuse dans le cadre de l'hémodialyse

Objectif principal

Evaluer les effets de la coconstruction et de la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artério-veineuse auprès d'une équipe d'infirmiers en dialyse.

Objectifs spécifiques

Evaluer chez les infirmiers concernés les effets du programme de formation à la gestion clinique des fistules sur :

- leur sentiment de compétence
- leur satisfaction et leur motivation

Chapitre 1. Généralités et concepts théoriques

1.1 Formation et responsabilité professionnelle des soignants

On peut mentionner l'article 5 du code de déontologie relatif aux compétences de l'infirmier : « *L'infirmier doit refuser de réaliser les soins pour lesquels il ne se sent pas compétent. Il en avertit le demandeur des soins et motive sa décision. Il demande de l'aide compétente ou il réfère le demandeur vers un professionnel de soins de santé compétent* », « *Lors de l'exécution de sa profession, l'infirmier montre qu'il est digne de sa profession et qu'il maintient ses compétences à jour* » (Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges, 2017, article 6).

Le code de déontologie rend donc l'infirmier responsable, du maintien et de l'amélioration de ses compétences après l'obtention de son diplôme.

On peut également considérer cet enjeu de manière inverse : dans quelle mesure un soignant qui n'améliore pas sa formation exerce-t-il de manière non déontologique ? Ou encore : dans quelle mesure l'identification de lacunes ou d'un besoin de formation par le soignant lui-même est-il le signe d'une insuffisance de la formation continue des infirmiers ? Dans tous les cas, le code de déontologie rappelle l'importance voire la nécessité des programmes de formation à destination des soignants diplômés. De quels moyens dispose le soignant pour mettre en pratique cette formation continue ?

1.2 Analyse des besoins de formation des soignants

Si le code de déontologie de la profession infirmière impose aux infirmiers de s'engager dans un processus d'amélioration continue de leurs compétences, il est dès lors indispensable de comprendre leurs motivations et les signes qui montrent que cette formation leur est indispensable. Cette compréhension est essentielle pour l'analyse des besoins en formation. Elle permet l'identification précise des domaines où un renforcement des compétences est nécessaire afin de répondre aux besoins exprimés et aux exigences des soins infirmiers.

La coconstruction et la mise en place du programme de formation qui est au centre de notre étude a démarré par une collecte et une analyse des besoins de formation à la gestion de la FAV des infirmiers de l'équipe de dialyse.

Coentrao et Turmel-Rodrigues (2013) mettent en effet en avant l'idée que l'amélioration des pratiques concernant les FAV, notamment la détection précoce des sténoses, dépend de la formation des professionnels de santé. Sundari et Kusmiati (2022) expliquent en effet que les besoins en formation s'expriment en particulier dans des professions complexes, soumises à des évolutions rapides, comme c'est le cas des professions de santé.

Les besoins en formation sont souvent définis comme l'écart entre la situation actuelle et une situation souhaitée : « *On définit généralement l'analyse de besoins comme un processus de collecte et d'analyse d'informations recueillies à propos de ce que les individus d'un groupe cible ont besoin d'apprendre* » (De Ketele et al, 2017).

Pelaccia (2023) dans son ouvrage sur l'amélioration de la formation des étudiants en médecine et en santé, montre que l'amélioration de la formation est une pratique réflexive du changement qui ne peut advenir que dans des contextes particuliers :

- l'identification d'un besoin d'apprentissage ;
- la formation des enseignants au mentorat ;
- le temps (nécessaire à l'identification des besoins en formation).

L'identification des besoins, leur analyse est en effet la première étape de la création d'un dispositif de formation. De Ketele et al (2007) mettent en évidence le risque de déception ou d'échec en cas d'inadéquation entre le contenu de la formation et les besoins en formation ressentis par les personnes à former, en particulier lorsque les besoins en formation du personnel sont différents de ceux de l'institution.

Cela nous amène au sujet central de notre travail qui vise à instaurer des changements dans le travail et à concevoir un programme de formation PAR et AVEC les infirmiers travaillant en dialyse. Les besoins de formation exprimés par ces infirmiers, première étape du processus ont abouti à la formulation d'objectifs pour le programme de formation: mieux comprendre, surveiller et détecter les éventuelles complications de la fistule artério-veineuse pour garantir un bon fonctionnement sur le long terme, éviter les réinterventions fréquentes, améliorer la qualité des soins, la sécurité des patients ainsi que leur qualité de vie.

1.3 De l'analyse des besoins de formation des soignants à la définition des objectifs de formation

Selon Jean-Marie Barbier et Marcel Lesne (1977), le développement et la gestion d'une formation professionnelle interne reposent principalement sur la prise en considération de trois éléments essentiels :

- Les exigences liées au bon fonctionnement des structures organisationnelles.
- Les aspirations et les besoins personnels des individus impliqués
- Les contraintes qui découlent de l'interaction entre les exigences de l'organisation et les besoins individuels, notamment en ce qui concerne la dynamique des équipes de travail.

Ces trois contraintes permettent d'analyser les besoins en formation sous différents aspects. Le premier aspect concerne l'entreprise elle-même, en tenant compte de ses objectifs, de son infrastructure, de sa culture et de ses ressources budgétaires. L'entreprise doit gérer ces ressources de manière efficiente, tant sur le plan financier que sur celui de la cohésion sociale et de la motivation individuelle en ce qui concerne la formation. Il est essentiel d'évaluer ces facteurs psychosociologiques et technico-économiques pour une gestion adéquate des politiques de formation, qui vont au-delà des besoins pédagogiques des apprenants, tant au niveau individuel que collectif. Elle doit aussi analyser la dimension des objectifs et des moyens de la formation. En concertation avec le management de proximité et les services Rh de l'entreprise, les responsables de la planification de l'évaluation des besoins de la formation doivent nécessairement se poser une série de questions incontournables :

- Qui former sur quoi et pourquoi ? Avec quelles finalités ?
- Comment former et dans quelles conditions pédagogiques ?
- Sur quelles compétences et métiers prioritaires à développer ?
- A quelle fréquence ? Avec quels volumes d'heures ?

Selon Jean Marie Barbier et Marcel Lesne, (1977), il convient de noter que la notion de besoin en formation est souvent sujette à des interprétations diverses. Pour certains auteurs, elle est considérée comme un «abus de langage». Pour plus de clarté, il est préférable de parler de « *problèmes à résoudre grâce à la formation* ». Ces problèmes se traduisent par un écart entre la situation actuelle (problème) et la situation souhaitée (solution idéale anticipée). Néanmoins, il est important de souligner que la définition de ces problèmes est spécifique à chaque

entreprise, aux profils des salariés concernés, ainsi qu'aux objectifs fixés par les équipes de travail pour relever les défis quotidiens. La notion de besoin en formation se situe donc au croisement de différentes interprétations et peut être sujette à des conflits d'interprétation.

La définition des écarts ou des besoins en formation est fortement influencée par un réseau complexe de connaissances, de perceptions et d'intérêts propres à différentes personnes et groupes au sein de l'entreprise. Il est difficile de standardiser cette définition, car chaque partie prenante a sa propre expérience des conditions de travail, des compétences actuelles et des compétences requises, ce qui peut entraîner des perspectives et des interprétations différentes.

Sur le concept de besoin, Jacques Lapointe (1983) déclare : « *On retrouve régulièrement le concept de besoin dans les conversations journalières et on lui attribue des connotations très variées selon les sujets traités et les circonstances qui l'entourent. Il est associé au corporel, au spirituel, au physiologique, au psychologique, au matériel, au monétaire, à l'artificiel, etc. De plus, on le lie facilement aux concepts d'instinct, d'apprentissage, de motivation, de vitalité, de sécurité, de rendement, de statut, d'affiliation, de valeur et on l'utilise indifféremment pour rendre compte des notions de désir, de tendance, d'aspiration, d'intérêt, de mobile, de préférence, de manque et d'insuffisance* ». le concept de besoin en formation peut être perçu comme assez vague et englobant. Cependant, il demeure essentiel de le définir avec précision, car cette définition influence ensuite l'ensemble du processus, notamment le choix des méthodes d'apprentissage à mettre en place.

Il est possible de rendre cette diversité des besoins plus compréhensible en différenciant entre les besoins objectifs et subjectifs, ou en les catégorisant en fonction des individus, des équipes ou des exigences techniques de l'entreprise. Toutefois, il est essentiel de mettre en évidence que l'engagement effectif des participants dans le processus d'analyse des besoins n'est pas toujours clair et peut ne pas refléter nécessairement l'importance de leur contribution apparente.

Barbier et Lesne mettent aussi en garde sur la nécessité de s'appuyer sur les besoins objectifs qui ne sont pas toujours exprimés mais implicites. Il est en effet important pour ces auteurs que l'analyse des besoins ne se confonde pas avec l'analyse de la demande. Pour eux, « *analyser des besoins... c'est produire des objectifs de changement* » (Barbier et Lesne, 1977). Analyser les besoins, les détecter en faisant émerger des besoins implicites, opposés aux besoins explicites est une étape indispensable pour faire émerger les vrais besoins.

Barbier et Lesne défendent aussi l'idée que les objectifs doivent être construits par les intéressés à partir de leurs besoins, de leur situation concrète. C'est de la définition des besoins de

formation que l'on va aboutir à la production d'objectifs, en lien avec des problèmes concrets de la vie quotidienne.

L'une des clés essentielles de la réussite de l'évaluation des besoins en formation réside dans l'interrogation des participants concernant leurs besoins spécifiques en matière de formation par des enquêtes internes, des entretiens formels et informels avec les employés, les gestionnaires et d'autres responsables de département au sein de l'entreprise.

Différentes dimensions sont à prendre en compte: les compétences, les qualifications et les capacités professionnelles. Elles vont influencer les choix d'institutions de formation, de budget, de matières à enseigner, de niveaux de connaissances visés, de supports pédagogiques, de formateurs et de méthodes d'enseignement. En fin de compte, ce sont les objectifs fixés qui déterminent les ressources à mobiliser pour répondre aux besoins en formation identifiés.

Selon Jacques Lapointe (1983) : *« Il est important de préciser que le produit d'une étude des besoins n'est pas un énoncé de politique, ni un programme d'études, ni un cours comme tel, mais bien une banque de données distribuant par ordre de priorité les besoins d'apprentissage ou d'intervention d'un système d'enseignement. Cette banque de priorités a pour objet de fournir aux responsables une base objective à partir de laquelle des décisions pourront être prises quant aux changements éventuels à apporter ».*

D'après Jean Marie Barbier et Marcel Lesne (1977), lorsque la demande de formation se limite uniquement à la description du contenu pédagogique, sans une analyse approfondie des besoins sous-jacents, cela peut conduire à des formations qui ne sont pas adaptées. Dans de tels cas, les solutions proposées sont souvent des reproductions de modèles existants, sans réelle réflexion. À l'inverse, lorsque les problèmes réels sont identifiés, suivis d'une réflexion sur la manière dont la formation peut contribuer à les résoudre, il devient possible de se concentrer sur le développement des compétences nécessaires pour résoudre ces problèmes concrets. De même, lorsque l'analyse se limite aux supports de formation, visant simplement à améliorer la transmission de connaissances ou à obtenir l'adhésion à un programme préétabli, cela ne permet pas une véritable compréhension des besoins.

Pour garantir la pertinence des réflexions menées, il est impératif d'impliquer activement les participants. Cette démarche favorise une meilleure compréhension des défis quotidiens rencontrés dans leur pratique, tout en stimulant la génération de nouvelles idées .

Ainsi, encourager la participation communautaire est essentiel pour favoriser une réflexion collective et collaborative.

La Déclaration d'Alma-Ata (1978) souligne l'importance de la participation citoyenne à différents niveaux. Cette implication est vue non seulement comme un processus visant à enrichir les initiatives de santé, mais également comme un puissant outil de transformation sociale et de renforcement de l'autonomie individuelle et collective au sein des communautés.

1.4 Participation communautaire, mobilisation et partenariat

Définie comme un «*processus de renforcement des capacités par lequel les individus, groupes ou organisations communautaires planifient, réalisent et évaluent des activités de manière participative et soutenue pour améliorer leur santé et d'autres besoins, soit par leur propre initiative, soit stimulés par d'autres*», (Rosato et al, 2008) la mobilisation communautaire incarne une approche dynamique. Elle valorise la participation active, contrairement à une appartenance passive au groupe, et met l'accent sur le rôle central des participants. Cette approche les encourage à exercer un contrôle et une influence directe sur leur environnement et leur propre apprentissage, s'alignant ainsi sur les principes d'autodétermination et d'empowerment.

La participation active est essentielle pour encourager les individus à adopter une posture critique vis-à-vis de leur environnement et de leur propre situation, contribuant à leur reconnaissance et à leur valorisation au sein de la société. Elle établit une différence claire entre les membres qui appartiennent à un groupe et ceux qui s'impliquent activement dans les activités de ce groupe (Howard-Grabman et Snetro, 2003) (Rosato et al, 2008).

L'engagement des communautés est requis, à chaque étape des projets, qu'ils soient sociaux ou sanitaires. La participation est en effet indispensable, de l'identification des besoins à l'évaluation des actions menées (Barbier et Lesne, 1977).

La pédagogie libératrice de Paulo Freire (1970) propose une réponse aux méthodes d'éducation «bancaires» oppressives, en favorisant un échange interactif de connaissances. Cette méthode stimule le développement de l'esprit critique et transforme l'éducation en un dialogue enrichissant, s'opposant aux dynamiques idéologiques dominantes et valorisant la participation active. Elle permet ainsi aux individus de se percevoir comme des membres actifs et valorisés de leur communauté.

Le partenariat émerge comme un élément clé dans la collaboration et la prise de décision collective, offrant un cadre à différents degrés d'interaction. À travers la consultation, la concertation, et la négociation, le partenariat est un mécanisme essentiel pour encourager la communication, l'engagement mutuel, et l'élaboration de solutions concertées.

Finalement, trois caractéristiques fondamentales de la participation communautaire se dégagent: l'autonomie des participants, la communication, l'accès à l'information, et la capacité à dépasser une approche décisionnelle verticale au profit d'un modèle plus horizontal et collaboratif. Ces principes soutiennent une participation plus équitable et plus efficace, favorisant un partage de pouvoir et une solidarité renforcée entre les membres de la communauté (Howard-Grabman et Snetro, 2003).

L'approche participative favorise la satisfaction au travail, permettant aux employés de contribuer activement à la définition de leurs responsabilités, et stimulant ainsi leur engagement et leur sentiment d'accomplissement au sein de l'organisation (Meurens, 2023). En outre, cette approche participative, qui s'appuie sur les besoins en formation contribue à augmenter la satisfaction au travail.

1.5 La question de la satisfaction au travail

Frederick Herzberg (1959) distingue plusieurs facteurs motivants au travail et relève des facteurs d'insatisfaction. Parmi les facteurs de satisfaction, on retrouve:

- La reconnaissance des tâches accomplies (remerciements, promotion de carrière, prime, télétravail)
- Le travail en lui-même (stimulant, créatif, polyvalent, formateur, etc.)
- Les responsabilités (besoin d'initiative, de confiance ressentie, d'autonomie, etc)
- Le sentiment de se développer (de s'enrichir, de grandir, d'apprendre, etc.)

Frederick Herzberg (1959) insiste particulièrement sur le contenu du travail lui-même. Il conseille notamment aux dirigeants de savoir considérer les réussites réalisées par les collaborateurs par des logiques d'autonomie, de responsabilités et d'avancement de carrière.

Lorsqu'un dirigeant confie à ses collaborateurs un ensemble de tâches variées, il stimule leur motivation par la diversité des activités et le sentiment de nouveauté. Cette approche aide à atténuer la monotonie et contribue au développement personnel des individus. Les travailleurs recherchent en effet un travail porteur de sens, de bien-être et d'expériences positives. Il est

donc bénéfique de déléguer des tâches en accordant davantage d'autonomie et de responsabilités aux membres de l'équipe, lorsque cela est faisable. Il est naturellement important que leurs compétences et qualités soient adaptées aux exigences des postes et des missions qui leur sont confiées.

De plus, en impliquant les employés dans les processus décisionnels et en leur offrant un espace pour faire écouter leur voix, cela renforce leur sentiment de justice au sein de l'organisation . Cette implication active favorise une meilleure compréhension des décisions prises et des politiques mises en place, ce qui contribue à réduire les perceptions d'injustice , à promouvoir un climat de confiance et à favoriser l'échange entre les participants. Cette implication active doit impérativement être soutenue par une communication transparente et efficace. Nous détaillons cet aspect dans le point suivant.

1.6 La communication

La communication est une compétence fondamentale dans la vie humaine , elle représente bien plus qu'un simple échange d'informations.

La communication organisationnelle est essentielle pour l'entreprise. Elle régule les interactions entre les départements et les employés, impactant leur santé et leur satisfaction. Les niveaux de satisfaction varient en fonction des compétences des employés et des différences de statut hiérarchique. Les employés, quand ils participent aux prises de décisions, renforcent leur engagement et satisfaction au travail.

La satisfaction au travail dépend aussi de divers facteurs tels que l'image organisationnelle, la vision, le leadership, les relations entre collègues et les conditions de travail.

Un équilibre dans la communication est nécessaire: un manque d'informations ou une surcharge d'informations peuvent conduire à de mauvaises décisions.

Ainsi, une communication saine et un leadership participatif influencent directement l'engagement des employés et permettent de résoudre les problèmes, de renforcer l'engagement organisationnel, surtout si l' environnement est stressant (Adigüzel et al, 2020).

1.7 La question de la justice

Selon le psychologue Adams (1965), les managers légitimes sont ceux qui œuvrent pour réduire le sentiment d'injustice vécu par les employés. La motivation des salariés naît lorsque ces derniers perçoivent leur situation comme équitable par rapport à leurs collègues. Il est donc essentiel d'être transparent dans l'explication des avantages accordés à certains employés.

Améliorer le sentiment de justice au travail peut être réalisé en fournissant des explications sur les raisons pour lesquelles certains bénéficient de plus d'avantages que d'autres. Il est essentiel de pouvoir expliquer l'équité (justice distributionnelle) de manière à ce que cela ait du sens. Les employés évaluent cette équité en comparant leurs efforts déployés aux avantages qu'ils en retirent par rapport à leurs collègues qui accomplissent des tâches similaires, mais qui bénéficient d'avantages différents.

Par efforts déployés par les salariés, il faut entendre :

- Formation initiale
- Ancienneté et expérience
- Niveau de compétence
- Performances réalisées

Au niveau des avantages dont bénéficient les salariés, il faut penser en termes de :

- Salaire et promotion
- Conditions de travail
- Statut et la reconnaissance
- Intérêt des tâches réalisées

Les salariés évaluent la justice (vécue) en calculant un ratio (efforts accomplis/avantages) et en comparant celui-ci avec les autres. Ceux évoluant dans l'entreprise et ceux travaillant à statut égal dans d'autres collectifs de travail. Ce rapport coût/bénéfice pose ainsi la question de la justice, du mérite et de l'équité dans l'organisation.

Chapitre 2 Méthodes du travail

2.1 Cadre de l'étude

Notre étude s'est déroulée dans le centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi, l'un des trois services de dialyse du CHIREC, Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell situé à Bruxelles.

2.1.1 Les valeurs du CHIREC

Le CHIREC est un ample groupe hospitalier, qui emploie plus de 4 500 personnes, dont plus de 1 200 médecins, la plupart à temps partiel. Il se compose de trois sites hospitaliers principaux: Delta, Sainte-Anne Saint-Rémi, et Braine-l'Alleud. Cette structure est complétée par une série de polycliniques.

Cet établissement, l'un des rares hôpitaux qui ne soit pas une ASBL, se distingue des autres grands hôpitaux de la région, par une approche centrée sur le patient et par une culture d'entreprise basée sur le dialogue, la participation et la communication transparente. ...

Le CHIREC valorise en effet une approche de gestion «*bottom-up*», privilégiant l'écoute active des employés à tous les niveaux, pour intégrer les perspectives et les expériences variées du personnel dans la prise de décision. Ainsi, certains plans stratégiques y sont élaborés avec la participation active des employés, des infirmiers, des médecins et des groupes médicaux.

Le CHIREC adopte une approche participative privilégiant la collaboration, le partage d'informations et des savoirs ainsi que le partage du pouvoir. Cette stratégie favorise activement l'expression et la prise de décision parmi les employés, tout en maintenant un équilibre et une supervision de la direction.

2.1.2 L'équipe du centre d'auto dialyse

Le centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi est une émanation du CHIREC. Le projet que nous y avons mené et qui fait l'objet de cette étude s'inscrit dans le droit fil de cette culture d'entreprise.

Le centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi a été inauguré en 2016. Il collabore avec diverses spécialités comme la diététique, l'assistance sociale, la radiologie et la chirurgie vasculaire, assurant ainsi une prise en charge complète et intégrée de ses patients.

Le centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi est pris en charge par deux médecins néphrologues qui, n'étant pas constamment sur place, assurent leur présence en alternance : l'un intervient le lundi et le mardi, l'autre le vendredi. Cette organisation est adaptée à la nature du service d'auto-dialyse, où la condition des patients ne nécessite pas une surveillance médicale permanente. Mais elle doit s'appuyer sur des infirmiers assez qualifiés, capables de faire face seuls aux complications les plus courantes. Elle amène en effet les infirmiers présents à assumer une responsabilité importante auprès des patients, notamment pour la prise en charge des fistules artério-veineuses.

Or, la formation initiale des infirmiers ne couvre pas ce sujet et, quand nous avons intégré le service, seulement deux infirmiers étaient formés au domaine spécifique de la dialyse.

Dès lors, les infirmiers débutants dans le service ressentaient de l'inconfort, de l'insécurité et un sentiment d'incompétence... Ce sentiment d'insécurité était d'autant plus grand que les deux médecins néphrologues ne sont pas constamment disponibles. Ces infirmiers étaient bien conscients de leur manque de formation dans la gestion des fistules artério veineuses mais ils n'avaient pas eu jusque là l'opportunité de suivre une formation en dialyse. Ils avaient demandé à être formés aux complications potentielles des fistules artérioveineuses, à leur surveillance, à la reconnaissance des signaux d'alerte et à l'apprentissage des bonnes pratiques pour prévenir leurs complications.

Nous avons, dès notre arrivée, été chargée d'organiser ce programme de formation.

2.2 Présupposés de départ de l'étude

Nous avons, pour notre projet de formation, choisi de nous appuyer sur les demandes et les besoins exprimés par les infirmiers moins expérimentés de ce service, et proposé de coconstruire avec eux un programme de formation sur la surveillance des fistules artérioveineuses, en lien direct avec leur pratique en dialyse.

La présente recherche se propose d'évaluer les effets, sur ces infirmiers, de ce programme et de son approche participative. Elle se propose donc de vérifier les deux présupposés suivants: Autre critère de sélection, ces infirmiers débutants invités n'étaient pas obligés de participer à la coconstruction de la formation sur la surveillance des fistules artérioveineuses mais ils s'y engageaient sur base volontaire.

Présumé 1: La participation active des infirmiers à l'élaboration d'un programme de formation spécifique sur la surveillance des fistules artérioveineuses augmente significativement leur sentiment de compétence dans la gestion clinique de ces fistules.

Présumé 2: La participation active des infirmiers à l'élaboration d'un programme de formation spécifique sur la surveillance des fistules artérioveineuses augmente significativement la satisfaction professionnelle de ces infirmiers.

2.3 Méthodologie

2.3.1 Échantillonnage et recrutement

Notre projet de formation sur la surveillance des fistules artérioveineuses s'est déroulé au sein de l'équipe infirmière du service d'auto-dialyse, qui compte au total 10 infirmiers. Nous en faisons partie depuis janvier 2024 et nous en sommes la référente depuis début mai 2024.

Pour mener à bien notre étude, nous avons choisi de limiter le champ aux infirmiers de l'équipe dont l'expérience en dialyse était la plus limitée (de 1 à 3 ans). Cette limitation aux professionnels moins expérimentés dans le domaine de la dialyse poursuit l'objectif de répondre au mieux aux besoins et défis prioritaires de ces infirmiers moins expérimentés, qui sont davantage demandeurs de formation et de soutien.

Autre critère de sélection, ces infirmiers débutants invités n'étaient pas obligés de participer à la coconstruction de la formation sur la surveillance des fistules artérioveineuses mais ils s'y engageaient sur base volontaire.

Cette autre restriction de l'échantillon poursuivait l'objectif de garantir l'engagement des participants, et par voie de conséquence, l'efficacité du programme et l'amélioration de la qualité des soins prodigués aux patients en dialyse.

2.3.1.1 Critères de Sélection de l'échantillon

Critères d'inclusion: infirmiers travaillant dans le service de dialyse Sainte Anne-Saint Rémi, avec une expérience professionnelle en dialyse de 1 à 3 ans et volontaires pour coconstruire une formation sur la surveillance des fistules artérioveineuses;

Critères d'exclusion : infirmiers ayant moins d'un an ou plus de trois ans d'expérience en dialyse .

2.3.1.2 Processus de Recrutement

A notre arrivée dans le service, l'infirmière chef nous a donné l'occasion, lors d'une réunion de service, d'exposer à toute l'équipe notre projet de formation à la gestion et à la surveillance des fistules artérioveineuses. D'emblée, nous avons mis l'accent sur l'approche collaborative que nous comptons adopter pour son élaboration et sa mise en place. Nous avons annoncé notre intention de proposer des entretiens aux infirmiers les moins expérimentés, afin de mieux connaître leurs demandes et besoins pour construire avec eux un programme de formation adapté à ceux-ci.

Ensuite, en collaboration avec l'infirmière en chef, nous avons établi la liste des infirmiers travaillant dans le service de dialyse et qui correspondaient aux premiers critères d'inclusion, à savoir une expérience professionnelle de 1 à 3 ans en dialyse.

Nous avons envoyé à ce groupe de 5 infirmiers moins expérimentés en dialyse, une invitation personnalisée pour les inviter à s'entretenir avec nous. Nous avons rappelé que leur participation à ces entretiens, si elle était importante pour le projet, n'était pas obligatoire, mais volontaire (voir annexe 1).

En choisissant de contacter directement et de façon personnalisée ces 5 infirmiers, nous voulions valoriser et souligner l'importance de leur contribution au succès du programme.

Tous les infirmiers contactés ont accepté de participer à un entretien et ont manifesté leur intérêt pour le programme et leur volonté de s'y engager.

Les entretiens se sont déroulés deux mois plus tard, sur le lieu de travail, et pendant l'horaire de travail. Avant chaque entretien, nous avons d'abord établi avec les personnes enquêtées, un protocole de consentement éclairé, fournissant des détails sur les objectifs de formation , les méthodes employées, et le traitement des données.

Le respect de la confidentialité et de l'autonomie des participants a été assuré, alignant le programme sur les normes éthiques de la recherche et de la pratique clinique.

Cette importante étape préalable de confirmation de participation au projet, était non seulement nécessaire pour organiser efficacement les aspects logistiques du projet (planification des entretiens, organisation des sessions de formation, préparation des supports pédagogiques...)

mais aussi et surtout pour former un groupe dynamique et prêt à s'engager dans un processus de formation.

2.3.2 Méthodes et démarche communautaire

Pour mener notre projet et notre étude, nous nous sommes basée sur la méthodologie de projet en démarche communautaire dont les repères SEPSAC ont constitué pour nous un ensemble de balises tout au long du projet.

Nous aurons l'occasion dans la discussion de nos résultats, d'approfondir ces repères, mais pointons déjà que nous avons travaillé en collaboration avec tous les acteurs d'une communauté tout au long du processus. Les infirmiers travaillant dans le service de dialyse partagent en effet un sentiment d'appartenance et sont confrontés à des défis communs liés à la prise en charge des patients, notamment des patients porteurs d'une fistule artérioveineuse.

Nous avons adopté une approche ascendante, également connue sous le terme «*bottom-up*» qui favorise l'implication directe et active de tous les acteurs de terrain, tels que les professionnels de santé. Au lieu d'imposer des solutions préétablies de manière descendante, cette approche permet aux idées, aux besoins et aux solutions de remonter depuis la base, en partant des personnes directement concernées par la situation. En optant pour une approche ascendante, nous reconnaissons l'importance de valoriser et de capitaliser sur les connaissances, les expériences et les perspectives des acteurs de terrain. Cela permet non seulement de garantir la pertinence et l'efficacité des interventions, mais aussi de renforcer l'appropriation et l'engagement des parties prenantes dans le processus de conception et de mise en œuvre des actions.

Ainsi, notre démarche privilégie le dialogue, la collaboration et la participation active des acteurs locaux tout au long du processus, dans le but de développer des solutions adaptées, durables et ancrées dans la réalité du terrain.

Nous avons aussi veillé à favoriser un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs, en créant au sein de la communauté, des relations où chacun peut contribuer de manière égale et être impliqué dans le processus décisionnel. Nous avons adopté une approche plus collaborative et participative, où les connaissances et les perspectives de chaque acteur étaient valorisées et prises en compte. Ainsi, nous avons encouragé les échanges et le partage d'expériences entre tous les acteurs de la communauté afin d'enrichir collectivement la compréhension des problématiques liées à la fistule et des meilleures pratiques pour y faire face. Enfin, nous avons

veillé à valoriser et mutualiser les ressources de la communauté. Notre démarche s'inscrit dans une perspective de développement collectif et individuel, où chaque acteur est invité à contribuer à la réalisation d'objectifs communs visant à améliorer la prise en charge des personnes ayant une fistule artérioveineuse.

2.3.3 Etapes du projet

Le choix des méthodes découle naturellement du choix pour le projet, de cette approche collaborative et participative. Le projet s'est déroulé en 5 étapes et nous avons adopté, à chacune de ces étapes du projet, une méthode qualitative qui permette à toutes les personnes impliquées de s'exprimer.

Une fois l'étape préalable de recrutement terminée, et notre échantillon établi, la coconstruction du projet s'est déroulée selon les étapes détaillées dans le point suivant.

2.3.2.1 Etape 1: analyse des besoins

Nous avons mené, auprès des infirmiers impliqués volontairement dans le projet, des entretiens semi-directifs (voir le guide de ces entretiens en annexe 2). L'objectif premier et clairement annoncé de ces entretiens était d'identifier les demandes et besoins en formation. Nous avons en effet communiqué aux infirmiers que leur participation à ces entretiens constituerait la première étape, la fondation de la construction du programme de formation. Nous avons insisté sur le fait que cette étape était essentielle pour cerner avec précision les besoins de formation et prendre ensuite appui sur ceux-ci, d'une part pour élaborer des objectifs de formation, d'autre part pour élaborer des contenus et coconstruire un programme de formation pertinent et utile pour les infirmiers dans leur pratique professionnelle.

Ces entretiens semi-directifs ont aussi collecté des informations qualitatives concernant les expériences professionnelles des enquêtés, leurs préoccupations, leurs difficultés, ainsi que sur la façon dont ils affrontent ces difficultés et en particulier, celles qui concernent la prise en charge des fistules artérioveineuses.

L'objectif poursuivi est d'impliquer les infirmiers dans leur processus de formation et de garantir que le programme de formation, en se basant sur leurs retours et leurs demandes, soit finement ajusté aux attentes et aux besoins spécifiques des infirmiers.

2.3.2.2 Etape 2: analyse des entretiens et retours

De l'analyse des entretiens, nous avons pu tirer des informations détaillées sur les expériences et les préoccupations des infirmiers. Nous avons réalisé une synthèse des points abordés, des besoins et difficultés exprimés et des propositions émergentes, en veillant à anonymiser chacun de ces points. Nous avons ensuite communiqué cette synthèse des entretiens par mail, d'abord aux enquêtés en demandant qu'ils nous communiquent leurs remarques dans un délai raisonnable (10 jours).

Ensuite, dans un second temps, nous avons fait parvenir la version amendée de ce mail, à tous les membres de l'équipe. Cette communication répondait à un souci de transparence et avait pour principaux objectifs, de renforcer l'appropriation et l'implication de chacun à chaque étape du projet.

Cette étape nous a en outre permis de recueillir des commentaires et des suggestions supplémentaires. d'élargir la participation, au-delà de la population-cible primaire et d'inclure les perspectives des infirmiers qui n'avaient pas participé aux entretiens, alors qu'ils auraient souhaité le faire. En un mot, elle nous a permis de faire participer la population-cible primaire et secondaire, c'est-à-dire toutes les personnes impactées par ce programme.

2.3.2.3 Etape 3: réunion de coconstruction du programme à partir des besoins exprimés

Après le temps réservé aux réactions, nous avons organisé une réunion de coconstruction avec l'équipe infirmière, l'infirmière chef du service, les médecins néphrologues et les chirurgiens vasculaires. Nous y avons discuté des besoins de formation identifiés grâce aux entretiens et nous avons défini ensemble les objectifs et élaboré le contenu du programme de formation.

Ainsi, nous avons abouti à un plan de formation en partie pris en charge, sur le lieu de travail, avec des ressources internes: (la chef de service, le chirurgien vasculaire) ou encore avec des formateurs externes.

Suite aux besoins exprimés de manière informelle, plusieurs infirmiers ont en outre été formés à l'utilisation de l'écho par la société Nipro qui assure la formation à l'utilisation du matériel technique «site rite» (appareil d'échographie pour la fistule) que nous utilisons dans le service de dialyse. Certaines de ces formations se sont déroulées avant même le début du projet, afin de répondre aux demandes urgentes formulées par certains infirmiers de l'équipe.

Dans la construction du programme de formation, et conformément aux besoins exprimés, nous avons prévu un volet théorique avec une présentation Powerpoint de la fistule et de ses complications, ainsi qu'un volet pratique, sous forme d'ateliers pratiques très courts et organisés en sous groupes de deux infirmiers débutants, encadré d'un formateur: la chef de service ou le chirurgien vasculaire.

De plus, deux infirmiers ont participé à leur demande, à une formation à l'étranger. Ils ont participé au Congrès organisé, à Ajaccio par la SFAV, Société Francophone de l'abord vasculaire. Ensuite, ces infirmiers ont réalisé en binôme un powerpoint reprenant en résumé cette formation sur les complications de l'accès vasculaire. Ce powerpoint a été supervisé par le néphrologue et le chirurgien vasculaire. Ensuite, les deux infirmiers l'ont présenté à l'équipe. Ce type d'échanges favorise le partage de savoir et augmente en outre le sentiment de compétences de ces infirmiers.

2.3.2.4 Etape 4: implémentation du programme

Nous avons débuté l'implémentation du programme de formation, d'abord auprès des infirmiers les moins expérimentés puis auprès des infirmiers demandeurs de formation continue.

2.3.2.5 Etape 5: Feedback et Evaluation

Le projet s'appuie sur un processus de feedback continu et informel. Nous avons en effet tenu compte de feedbacks informels à chaque étape de l'élaboration du programme. Nous avons sollicité les avis des infirmiers. afin d'apporter les modifications nécessaires et d'enrichir le programme selon leurs recommandations, garantissant ainsi une adéquation du programme de formation avec les attentes et les besoins des participants.

À la fin de la réunion de coconstruction et du processus de conception du programme de formation nous avons voulu formaliser ce feed back sur base d'une enquête de satisfaction concernant le processus de coconstruction. Nous l'avons menée auprès des participants pour évaluer leur perception sur l'ensemble du processus et pour recueillir leurs suggestions d'amélioration. Cette enquête nous a permis d'obtenir un feedback précieux sur l'efficacité de notre approche participative et collaborative.

Chapitre 3: RESULTATS

Avant de présenter les résultats, nous allons tout d'abord procéder à une présentation de l'échantillon de nos répondants, avec leurs principales caractéristiques.

3.1 Présentation de l'échantillon

	Age	Années d'expérience en tant qu'infirmière	Années d'expérience en dialyse	Temps de travail dans le service	Formation accès vasculaire	Formation Echo
1 Me X	47 ans	14 ans	un an	4/5	Oui	Oui
2 Me Y	28 ans	6 ans	un an et demi	4/5	Non	Non
3 Me A	43 ans	14 ans	un an et demi	4/5	Non	Non
4 Me L	45 ans	15 ans	Deux ans et demi	1/2	Non	Non
5 Me W	50 ans	20 ans	Deux ans et demi	1/2	Non	Oui

Les premières questions de notre guide d'entretien visaient à situer ces infirmières moins expérimentées dans leur parcours formatif et professionnel d'infirmière et également, d'infirmière en dialyse. Nous avons formalisé les résultats recueillis dans le tableau ci-dessus. Notre échantillon est constitué de 5 infirmières moins expérimentées de l'équipe du centre d'auto dialyse de Sainte-Anne Saint-Rémi. Notons que cette équipe est essentiellement féminine puisqu'elle ne compte qu'un seul infirmier, et celui-ci est un des plus anciens dans l'équipe et un des plus expérimentés: il ne fait donc pas partie de notre échantillon.

Les 5 infirmières de notre échantillon ont entre 28 et 50 ans. Deux travaillent dans le service à mi-temps et trois à 4/5. La moins expérimentée a un an d'expérience en dialyse et la plus expérimentée, deux ans et demi. Rappelons que leur expérience limitée était d'ailleurs un critère de sélection pour leur ouvrir la participation au projet.

Les entretiens avec ces 5 infirmières moins expérimentées ont duré 30 minutes, l'entretien le plus court ayant duré 18 minutes et le plus long, 40 minutes.

Ces 5 infirmières ont toutes participé à la présente étude de façon volontaire, ce qui constituait un autre critère de sélection. Nous avons en effet fait l'hypothèse qu'une approche volontaire était essentielle pour un engagement actif, une participation enthousiaste et pour la réussite du programme de formation.

Parmi les 5 infirmières moins expérimentées interrogées, deux avaient déjà suivi au moins une formation liée à la dialyse.

Une infirmière de notre échantillon avait suivi la formation accès vasculaire de l'AFIDTN, Association Française des Infirmiers de Dialyse, Transplantation et Néphrologie. Cette formation théorique de 3 jours est organisée en externe, souvent à l'étranger. Elle aborde les généralités de la fistule artério veineuse, ses avantages ses complications, sa gestion au quotidien, les réactions nécessaires en cas de complication. Cette formation est organisée périodiquement et elle s'adresse prioritairement aux infirmiers à temps plein ou à 80%, qui s'y inscrivent sur base volontaire.

Cette infirmière et une autre de notre échantillon ont suivi la formation écho, organisée par Nipro, qui assure la formation à l'utilisation du site rite, appareil d'écho de la fistule, qui permet de visualiser les sténoses, vérifie le diamètre de la fistule et sa profondeur, ce qui permet d'objectiver les complications éventuelles et de guider l'infirmier lors de la ponction.

3.2. Analyse thématique

Le projet participatif de coconstruction s'est appuyé sur un processus de feedback continu. A chacune des étapes, nous avons sollicité les infirmiers et recueilli leurs avis, parfois de manière informelle. Par exemple, c'est quand nous étions ensemble auprès d'un patient que certaines infirmières nous ont suggéré des améliorations du projet de programme qu'elles avaient reçu par mail. Nous avons bien entendu tenu compte de ces retours qui, bien qu'informels étaient souvent pertinents.

Toutefois, nous avons formalisé ce feed back à deux reprises, à deux moments distincts du processus.

Nous avons ainsi consulté les 5 infirmières moins expérimentées de l'équipe qui participaient au projet, une première fois avant le début de la coconstruction puis, une deuxième fois, quand

cette coconstruction a abouti à un contenu de formation définitif présenté à l'équipe et que le programme de formation a commencé à être implémenté. Ces deux temps de consultation ont d'ailleurs pris des formes différentes. La première consultation a pris la forme d'entretiens semi-directifs. La seconde, d'une enquête de satisfaction comportant une majorité de questions fermées et deux questions ouvertes.

Ces deux moments de consultation formelle, et les retours informels recueillis nous ont permis de trouver des éléments de réponse à notre question de recherche, « *Comment la coconstruction et la mise en place d'un programme de formation à la gestion de la fistule artérioveineuse influencent-elles le sentiment de compétence et la satisfaction au travail des infirmiers de dialyse d'un hôpital bruxellois ?* »

Nous souhaitions en effet vérifier nos deux présupposés de départ: à savoir que la participation active des infirmiers à l'élaboration d'un programme de formation spécifique sur la surveillance des fistules artérioveineuses augmente leur sentiment de compétence dans la gestion clinique de ces fistules d'une part et leur satisfaction professionnelle, d'autre part.

Nous avons ainsi pu déduire deux mesures différentes du sentiment de compétence et de la satisfaction de ces infirmiers débutants. De cet écart entre deux mesures du sentiment de compétence et de satisfaction, nous avons pu déduire les effets de la coconstruction du programme sur les infirmiers débutants en dialyse.

3.2.1 Analyse thématique des retours des guides d'entretien

La première mesure formelle du sentiment de compétence et de satisfaction s'est réalisée via une série d'entretiens semi directifs avant le début du projet. Nous interrogeons alors les infirmières afin de recueillir leurs besoins, demandes et attentes de formation.

Pour mieux faire émerger les besoins de formation, nos premières questions portaient sur le vécu au travail de ces infirmières moins expérimentées dans le service de dialyse. Elles tournaient notamment autour des thèmes suivants, des thèmes qui permettaient aux infirmières de se situer du point de vue de leur satisfaction et de leur sentiment de compétence, à leur arrivée dans le service.

- les difficultés rencontrées au travail (en général, puis en ce qui concerne la gestion de la fistule artérioveineuse)
- les ressources disponibles mobilisées (humaines, matérielles et organisationnelles) pour la gestion de ces difficultés et la disponibilité de ces ressources
- les solutions et moyens possibles pour améliorer la situation de départ

Lorsque nous avons interrogé les infirmières sur leurs difficultés au travail en général, toutes (n=5/5) déclarent avoir rencontré des difficultés à leurs débuts en dialyse.

« Je n'avais aucune expérience quand je suis arrivée dans le service »

Cette inexpérience, comme elle se double d'un parrainage insuffisant, est, pour elles, une première source d'insécurité, d'insatisfaction et fait naître chez ces infirmières, un profond sentiment d'injustice.

« Au niveau équipe, ça va, ça va, y en a de très bonnes volontés qui nous aident dans l'apprentissage mais quoi que comme partout je ne sais pas si c'est comme partout mais c'est que notre début ici n'était pas tout, euh c'est pas vraiment la rose, c'est pas évident »

La plupart d'entre elles (n=4/5) évoquent aussi une charge de travail importante et un manque de personnel, qui explique aussi un éventuel déficit de la qualité de leurs soins aux patients.

« Voilà ça revient toujours à un problème de personnel »

« Il faut qu'on ait du personnel assez pour pouvoir bien fonctionner ».

« Difficile de prendre en charge un patient correctement sans avoir le temps de tout examiner, d'évaluer le patient globalement pour bien le prendre en charge »

Ce manque de personnel et cette charge de travail trop lourde sont pointés comme une source importante d'insatisfaction, de frustration et d'insécurité.

Toutes les répondantes (n=5/5) déclarent aussi avoir été confrontées à des complications lors de la prise en charge de patients avec des fistules artérioveineuses natives et n'ont jamais eu un patient avec une fistule artério-veineuse synthétique.

« Donc euhh, il y a des patients chez qui euhh allez, quand on touchait la fistule du patient, on ne sentait pas bien le thrill voilà, on ne le sentait pas bien »

« Mais quand on pique, parfois, on se rend compte que la fistule n'est pas si bonne que ça, parce que la pratique infirmière n'est pas du tout la même que la vision chirurgicale d'un acte ou même que la vision néphrologique de la fistule. »

Toutes les répondantes (n=5/5) lient ces difficultés à leur manque de connaissances ou d'expérience:

« Mais bon, bref, de nous-mêmes, comme ça, on ne savait pas vraiment que c'était la sténose. »

Ces difficultés, certaines (n=4/5) les lient encore à un manque d'écolage, d'autant plus frustrant que les ressources et le matériel sont présents dans le service:

« Mais le matériel on l'a. On a aussi des aiguilles tranchantes mais on n'a pas de formation pour piquer en tranchante. »

« Même si on ne pique pas, on doit savoir comment ça fonctionne. »

« Quand je suis venue ici à Sainte-Anne, j'étais un peu larguée. »

La plupart d'entre elles (n=4/5) mentionnent aussi que ces manques d'expérience et de formation génèrent des frustrations, un sentiment d'insécurité:

« Je ne me sentais pas à l'aise de piquer ce genre de fistule et pour créer les buttonholes surtout au début. »

« J'ai difficile à oser »

voire des doutes quant à leurs compétences

« Même encore facilement maintenant, j'ai difficile à oser créer un boutonhole »

Toutes témoignent de frustrations et d'un sentiment d'injustice.

« On a toujours dit que c'est tel infirmier qui pique les fistules. Moi je trouve ça déplorable car il ne faut pas, même si c'est une personne qui doit piquer les fistules, les autres doivent aussi connaître comment piquer. »

« On nous présente juste le patient quand il va commencer la dialyse. On n'a pas eu l'évolution du patient. On n'est au courant de rien, ce qui est un peu déplorable ici »

« Et aussi on n'a pas, je veux dire les médecins ne sont pas beaucoup là pour nous expliquer des trucs parce que le médecin n'est pas présent ici comme à Delta »

Toutes parlent de leur sentiment d'incompétence qui génère inconfort et insécurité dans certaines situations professionnelles.

« On est un peu stressé. Il y a beaucoup du stress, on peut stresser à piquer une fistule et ça ne réussit pas toujours car on stresse, on a besoin du calme. Au niveau matériel, le matériel est suffisant »

Lorsque nous avons interrogé les infirmières sur les ressources disponibles dans le service qu'elles avaient mobilisées pour faire face à ces difficultés et à leur manque de formation, toutes (n=5/5) citent en premier, le recours au médecin ou à un infirmier plus expérimenté.

« Comment j'ai géré ? J'ai averti le médecin. Je l'ai mis en uniponction. Le médecin m'a donné toutes les directives »

« Et quand il y a un souci on appelle le médecin »

« Mais franchement, si on se retrouve face à un patient comme ça, qu'on a difficile à piquer, c'est vrai qu'on demande aux collègues »

Ce recours à une personne plus qualifiée atteste qu'elles sont bien conscientes de leurs difficultés et de leurs limites pour gérer seules les complications de la fistule. Ce manque de compétences, lié à un manque de formation est une source de frustration pour elles (n=5/5)
La présence limitée des médecins sur place est aussi une source de frustration pour beaucoup d'entre elles (n=3/5)

*« Parce que les médecins, on n'a pas toujours de médecin sur place ,
Donc du coup, ça fait que ça fait un petit frein à la collaboration »*

Aucune (n=0/5) des répondantes ne mentionne spontanément les protocoles et les cahiers de liaison, comme un moyen de gérer les difficultés liées à la gestion de la fistule en autonomie. Il semble aussi que la plupart d'entre elles soient mal informées de l'existence, de la localisation ou de l'origine de ces ressources. (n=4/5)
Seule (n=1/5) une des répondantes, mentionne qu'elle utilise ces protocoles quand nous abordons explicitement la question des protocoles et des cahiers de liaison.

D'autres répondantes mentionnent à ce moment l'utilité des protocoles.

« Là c'est vrai que quand il y a des protocoles qui sont établis, qui sont mis, ça aide quand on le lit quand on le sait ça nous met en confiance et voilà si on a un souci on peut avoir recours au protocole et puis vous voyez forcément ça a un impact positif pour la prise en charge des patients »

Certaines pointent ces protocoles comme un moyen de réduire leur insécurité.

« ça nous met en confiance »

Mais elles avouent ne pas toujours les utiliser. Un manque d'utilisation qu'elles attribuent au manque de temps et de personnel.

« mais encore euh il faut encore voilà trouver ce temps-là pour bien avoir lu tous ces protocoles oui oui donc je pense aussi parfois on n'y pense pas toujours d'aller faire recours à un protocole »

On peut donc supposer que les ressources existant au sein du service et qui permettent de gérer la FAV de façon plus autonome sont sous-utilisées par les infirmières de notre échantillon.

Lorsque nous avons interrogé les infirmières sur les solutions et moyens possibles pour améliorer cette situation de départ, la prise en charge et par conséquent, leur sentiment de compétences et de satisfaction, voici les pistes de moyens d'amélioration qu'elles mentionnent:

- une formation directement liée à leurs besoins quotidiens
- une amélioration du travail en équipe et du parrainage
- une meilleure communication dans le service

Notons que nous pouvons interpréter les deux premiers points comme des demandes de formation, le parrainage dans le service étant un moyen de formation sur lequel nous nous sommes appuyée, étant donné que nous avons privilégié une approche participative.

Presque toutes (n=4/5) expriment qu'une formation liée à leur pratique professionnelle pourrait être une solution pour améliorer cette pratique.

« En fait, il y a un test transonic des fistules que je ne connais pas encore comment faire. J'aimerais bien savoir comment faire. J'aimerais bien aussi une formation sur les jeunes fistules »

Mais si presque toutes (n=4/5) expriment des besoins de formation, ceux-ci impliquent aussi des changements au niveau de l'organisation du travail et du fonctionnement du service.

« Pouvoir nous suivre et avoir assez de personnel, pouvoir nous suivre au moins, comment dire, nous laisser du temps. Voir avant comment on pique, comment est-ce que ça va, nous expliquer un petit peu, tu vois c'est important pour bien prendre en charge, en tout cas pour les nouveaux engagés. D'être accompagnés. Parce que ça, c'est très important. Donc, moi, dans mon ancien service, j'ai eu la chance d'avoir quelqu'un qui m'expliquait bien. »

Le parrainage et la formation contribuent à améliorer leurs compétences professionnelles et leur satisfaction. Certaines expriment aussi qu'elles escomptent de la formation future, qu'elle les fasse progresser dans leur carrière et leur pratique professionnelle: on le voit les demandes, et les effets escomptés de la formation débordent du cadre professionnel vers le plan personnel:

« Donc d'un formateur, j'attends à ce qu'il puisse toucher un point important. Il va nous faire évoluer dans notre carrière allez ou pas dans notre carrière mais dans notre pratique et à notre évolution en tant que personnel de la dialyse ».

En ce qui concerne les effets escomptés de la formation, certaines (n=2/5) s'appuient sur les effets positifs d'une formation passée. Elles soulignent aussi l'importance d'une formation continue.

« C'est différent mais y a quand même des choses qui sont là mais si tu n'exerces pas directement, on oublie pas mal de choses. Donc, chaque formation que j'ai faite, ça a été positif parce que ça me développe moi-même sur le plan personnel et sur le plan professionnel. »

Elles expriment aussi que la formation devra être liée à leurs demandes, leurs besoins exprimés.

« Par exemple un programme de formation qui sera construit en fonction de ce que les infirmières demandent »

Elles expriment enfin des besoins en termes de contenus de formation (n=3/5). Certaines insistent sur la nécessité d'une formation théorique mais en lien à la pratique (n=2/5). D'autres

déclarent vouloir plutôt une formation pratique. Ces demandes ne sont pas contradictoires mais complémentaires.

« Quand on est déjà sur le terrain, on va lier la théorie à la pratique et il faut que pour lier les deux, ils nous expliquent comment , on comprend mieux qu'à l'école. »

Globalement, on peut dire que nos répondantes sont toutes (n=5/5) demandeuses d'une formation en adéquation avec leurs besoins et directement utilisable dans leur pratique professionnelle, une formation pratique qui s'appuie sur le contexte théorique nécessaire pour comprendre et appréhender la pratique en confiance.

« Le formateur peut commencer par recenser le nombre de questions que le personnel de dialyse a déjà. Est-ce que vous avez rencontré des problèmes? En quoi puis-je vous aider dans cette formation? Qu'est-ce que vous attendez de cette formation, comme ça chacun dit ce qu'il attend et en fonction de ça il peut nous dire ce qu'il a préparé pour nous mais aussi répondre à nos besoins. »

« parce que la pratique infirmière n'est pas du tout la même que la vision chirurgicale d'un acte ou même que la vision néphrologique de la fistule. »

Elles insistent aussi sur l'importance et sur les effets bénéfiques d'un parrainage bienveillant, surtout pour les nouveaux arrivés. Ce besoin exprimé relève de la formation, mais pas seulement. Il implique aussi des changements dans l'organisation du travail, et dans la distribution des rôles de chacun pour intégrer des nouveaux dans l'équipe. En d'autres mots, le parrainage implique aussi une volonté, de la part du service et de l'institution, de trouver les moyens en temps et en personnel pour rendre le parrainage possible.

« Je suis bien consciente s'il y a un nouveau qui va commencer dans le service, c'est pas évident pour lui donc franchement, moi je trouve qu'un programme de formation est une priorité. »

Les infirmières formulent aussi des préférences sur l'approche à adopter: une approche participative, où les savoirs de tous seraient mis en commun et où chacun pourrait devenir expert.

« Donc, tout ce que j'ai appris dans ma vie, j'avais beaucoup plus facile à retenir quand je l'expliquais à quelqu'un. Donc, la logique de faire passer toute personne comme expert à partir du moment où il a reçu la formation et qu'il a pratiqué en partie, qu'il ait n'importe quel âge, qu'il soit là depuis 6 mois ou 6 ans dans le service de dialyse, c'est de faire passer chacun comme formateur des autres. Voilà ça, pour moi, ce serait génial »

La plupart (n=4/5) expriment aussi, outre leur besoin évident de formation, des besoins qui touchent davantage à l'organisation et au fonctionnement du service. Nous l'avons déjà vu, elles mentionnent le parrainage comme moyen d'améliorer leur satisfaction au travail. Et ce parrainage implique, au delà de son aspect formatif, une organisation du service qui fait davantage de place à l'accueil des nouveaux arrivés.

« J'avais fait 3 mois de stage dans un autre service à Delta avec l'infirmière chef qui était très compétente et qui m'a très vite mis le pied à l'étrier et qui me faisait vraiment confiance. Et donc, avec elle, ça avait été bien. J'ai piqué des fistules là-bas mais quand je suis venue ici à Sainte-Anne, j'étais un peu larguée. »

Un autre « besoin » organisationnel est exprimé par ailleurs: les infirmières pointent le travail d'équipe comme moyen d'améliorer leur satisfaction. Des relations de confiance et des attitudes de parrainage bienveillant sont fondamentales pour cela. Elles évoquent la situation inverse, qui génère un état de frustration:

« Certains ne piquaient jamais les fistules en tranchante parce qu'on leur avait dit qu'ils ne savaient pas piquer les fistules en tranchante et c'était laissé aux dires, enfin à la pratique euh de 2 personnes plus anciennes qui gardaient le monopole.»

et le sentiment d'être jugées, contrôlées.

« quand on est dans un plus petit service avec une plus petite équipe, tout le monde a le jugement sur tout le monde, donc de fait pas facile. »

Parmi les autres « besoins » organisationnels exprimés, toutes (n=5/5) soulignent une nécessaire amélioration de la transmission des informations et de la communication

« Je trouve qu'il y a des choses qu'on peut améliorer comme la transmission mais vraiment la transmission, cette envie de vouloir partager avec autrui les informations pour la sécurité du patient et pour notre sécurité. »

Elles la lient explicitement à leur sentiment de sécurité et à la qualité des soins.

« pour la sécurité du patient et pour notre sécurité. »

En conclusion de ce premier feedback formel, on peut donc affirmer, qu'avant le début de la coconstruction, ces infirmières ressentaient de l'insécurité au travail et une insatisfaction professionnelle. Toutes doutaient de leurs compétences. Elles étaient pour la plupart conscientes de leurs lacunes, même si certaines d'entre elles cherchaient ailleurs que dans leur manque de connaissances théoriques et pratiques, une explication de ce sentiment d'insécurité: par exemple, elles le liaient à la présence limitée des médecins et à un manque de personnel, qui est incontestable mais qui atteste aussi de leur manque de confiance en leurs capacités professionnelles et de leur difficulté à fonctionner en autonomie.

Les infirmières expriment donc le besoin d'améliorer leur fonctionnement au sein du service: toutes expriment des besoins de formation mais aussi des besoins qui relèvent de l'organisation et du fonctionnement du service. Certaines d'entre elles expriment aussi des attentes par rapport aux effets de cette formation. Elles et disent en escompter des effets non seulement dans leur pratique professionnelle quotidienne et dans leur fonctionnement au sein du service mais aussi sur leur développement professionnel et sur leur développement personnel, en comblant des besoins d'estime d'elles-mêmes, de reconnaissance ou de valorisation par leurs pairs, ce qui relève des besoins psycho affectifs.

3.2.2 Analyse des retours des enquêtes de satisfaction

La seconde consultation formelle, réalisée via une enquête de satisfaction, a été menée auprès des participants pour évaluer leur perception sur l'ensemble du processus et pour recueillir leurs suggestions d'amélioration. Cette enquête nous a permis d'obtenir un feedback précieux sur l'efficacité de notre approche participative et collaborative. Elle nous a aussi permis de prendre une seconde mesure du sentiment de compétence et de satisfaction de ces infirmières à un moment où le processus de coconstruction avait débouché sur un programme de formation et que l'implémentation de ce programme avait débuté.

Les questions de l'enquête portaient sur le degré de satisfaction des infirmières enquêtées à propos du programme de formation sur la fistule artérioveineuse.

A la question de savoir si les infirmières sont globalement satisfaites du programme de formation, elles se déclarent soit très satisfaites (n=3/5) soit satisfaites (n=2/5). Et elles attribuent au programme une note de 8/10.

Toutes (n=5/5) trouvent le programme adapté à leurs besoins et demandes. Cet élément joue, à notre avis, un rôle majeur dans la satisfaction de ces infirmières: elles se sont senties « écoutées » et leur parole a été prise en compte.

Une majorité d'entre elles trouvent le programme utile (n=4/5) et transférable immédiatement (n=3/5) dans leur pratique au sein du service de dialyse.

Une majorité d'entre elles (n=4/5) a trouvé le niveau adapté et sont satisfaites du contenu proposé, de l'équilibre entre théorie et pratique. Quand on les interroge sur le volet théorique, trois d'entre elles (n=3/5) se déclarent très satisfaites, une se déclare satisfaite, et une est insatisfaite.

Quand on les interroge au niveau du volet pratique du programme, quatre d'entre elles (n=4/5) se déclarent très satisfaites, et une se déclare satisfaite.

Quant aux effets de la formation coconstruite sur leur sentiment de compétence, la plupart (n=4/5) déclarent se sentir beaucoup plus confiantes, alors que l'une d'entre elles déclare se sentir plus confiante(n=1/5)

Le sentiment de compétence a donc progressé pour chacune de ces infirmières.

Une majorité d'entre elles (n=4/5) ajoute que cette formation contribue vraiment à améliorer le travail d'équipe dans un contexte clinique. Car cette amélioration du sentiment de compétence lié à l'acquisition de nouvelles connaissances et de nouvelles compétences techniques mène ces infirmières à s'autonomiser davantage et par conséquent, à prendre leur véritable place au sein de l'équipe.

L'enquête de satisfaction s'achève par deux questions ouvertes, l'une à propos du contenu
« *Avez-vous des idées, des suggestions pour améliorer le contenu du programme de formation afin qu'il soit encore plus adapté à vos besoins ?* »

L'autre plus large, ouvre la possibilité de partager un ressenti, une réflexion à l'égard du programme de formation.

Les réflexions recueillies à propos du contenu montrent que les infirmières ont apprécié la formation, dans sa globalité.

« Le programme de la formation était très complet. Et il y avait beaucoup de choses qu'on ne connaissait pas »

Même, si certaines d'entre elles émettent des réserves.

« Le volet théorique était trop chargé. J'ai, par contre, aimé les ateliers »

« En plus de la théorie et de l'atelier, j'aurais voulu avoir une étude de cas »

Leurs réflexions montrent qu'elles ont surtout apprécié l'approche participative adoptée. Les suggestions qu'elles font, vont dans le sens d'approfondir encore cette participation.

« Le mot formation m'a un peu rebutée au départ. Mais en fait, je l'ai vécu comme un partage »

« Il faudrait prévoir chaque fois une séance de questions-réponses »

D'autres réflexions recueillies concernent les effets de la formation: les infirmières déclarent que le programme de formation a eu des effets positifs sur leurs connaissances

« Maintenant je sais ce que l'on veut dire quand on parle de sténose en aval et de sténose en amont. Et ça, c'est grâce à la théorie »

et pour la plupart d'entre elles, sur leur sentiment de compétence, et dans un cadre qui déborde largement celui du fonctionnement au sein du service

« grâce au programme on va devenir plus intelligentes »

et sur leur satisfaction professionnelle et personnelle

« A la fin de l'atelier, pour la première fois, j'ai piqué une fistule tout seul. J'étais fier de moi »

Il a aussi contribué à les faire avancer vers plus d'autonomie.

« Je n'avais jamais utilisé le site rite depuis deux ans que je suis arrivée dans le service. Depuis que j'ai commencé à l'utiliser, je me sens plus confiante. Quand j'ai des difficultés, je prends l'appareil et je pique. Je suis moins dépendante des collègues. Et je ne me sens pas jugée »

Même si, chez certaines, les effets se font encore attendre

« Le programme m'a aidée mais je manque encore de pratique. Ca permettra de m'améliorer encore. Je suis quand même un petit peu plus confiante »

« Le programme était intéressant, mais il y a quand même beaucoup d'informations. On ne peut pas toutes les retenir en une fois. Il faut du temps pour qu'on utilise ce qu'on a appris sur le terrain »

En conclusion de ce deuxième feedback formel, on peut donc affirmer, à l'examen des réponses des infirmières à l'enquête de satisfaction, que celles-ci mentionnent à la fois des effets positifs **sur leur sentiment de compétence**, sur **leur sentiment de sécurité**, ainsi que sur leur autonomisation au sein de l'équipe, et contribue donc à **leur développement professionnel**, mais aussi, par la confiance en leurs capacités et la reconnaissance de leurs pairs, à **leur développement personnel**.

3.2.3 Conclusion de l'analyse des résultats

Pour conclure notre analyse des résultats, en comparant les réponses des enquêtées avant et après le projet, nous constatons que le processus de coconstruction du programme de formation a eu, chez ces infirmiers, des effets positifs à plusieurs points de vue

individuels et personnels

- sur leur sentiment de sécurité;
- sur leur sentiment de compétence;
- sur leur autonomisation;

relationnels, en lien avec les rapports avec les pairs

- sur le sentiment de justice et d'équité;
- sur le degré de satisfaction professionnelle;
- sur le sentiment d'estime de soi et de reconnaissance

sur le travail en équipe

- sur la communication professionnelle
- sur l'organisation du travail en équipe et avec les médecins

La formation a permis de répondre à des besoins exprimés de formation et de parrainage mais a aussi, indirectement, contribué à améliorer l'organisation du service et la communication au sein de celui-ci. Il a donc aussi permis de répondre à plusieurs des besoins exprimés qui relèvent du fonctionnement professionnel et de l'organisation du travail dans le service.

De plus, le sentiment d'être compétent et valorisé au sein de l'équipe dépasse largement une simple amélioration de l'adéquation à une fonction professionnelle. La formation ne se borne pas à améliorer le fonctionnement d'un service. Elle répond aussi au besoin d'estime et de

reconnaissance des infirmières, un besoin de l'ordre du psychosocial qui influence largement le développement personnel.

Ces résultats positifs montrent que le projet mené a produit les effets escomptés sur le sentiment de compétence, la satisfaction et la motivation, tant d'un point de vue professionnel que personnel.

Ces résultats vont donc dans le sens d'une confirmation des choix théoriques qui sous tendent notre étude à savoir le choix d'une approche participative et collaborative pour mener ce projet communautaire. Examinons cette confirmation dans le chapitre suivant en confrontant nos résultats à la littérature.

Chapitre 4 Discussion

Examinons maintenant plus en détail les différentes catégories conceptualisantes que nous avons déduites des résultats à propos des effets produits par notre projet communautaire et confrontons-les avec nos choix théoriques de départ, choix motivés par la littérature scientifique.

Rappelons que nous avons regroupé nos résultats en 3 catégories (voir point 3.2.3)

Nous mènerons donc la discussion en confrontant aux données de la littérature, les catégories d'effets suivantes, déduites de notre analyse thématique:

les effets individuels et personnels

- sur leur sentiment de sécurité;
- sur leur sentiment de compétence;
- sur leur autonomisation;

les effets relationnels, en lien avec les rapports avec les pairs

- sur le sentiment de justice et d'équité;
- sur le degré de satisfaction professionnelle;
- sur le sentiment d'estime de soi et de reconnaissance

les effets sur le travail en équipe

- sur la communication professionnelle
- sur l'organisation du travail en équipe et avec les médecins

Notons que les résultats des deux dernières catégories (effets relationnels et effets sur le travail en équipe) ne relevaient pas seulement de besoins de formation mais aussi de besoins exprimés ou non au niveau du fonctionnement professionnel et de l'organisation du travail dans le service. Si nous avons pu engranger des effets positifs dans ces deux catégories, c'est aussi parce que les intérêts de l'institution rencontraient, sur ce sujet, ceux des infirmiers. Nous détaillerons cet aspect dans le point 4.2 et surtout dans le point 4.2.1, consacré à l'approche par la définition des intérêts sociaux dans les situations de travail.

4.1 Les effets individuels et personnels: une formation basée sur une analyse des besoins

Notre projet a eu des effets positifs individuels sur les infirmières en tant que membres de l'équipe, en améliorant leur fonctionnement au sein du service. Mais il a aussi eu des effets sur ces infirmières à titre personnel: il a aussi permis de répondre à des besoins de l'ordre du psychosocial: besoin d'appartenance à des groupes, besoin d'estime de soi et d'accomplissement personnel.

Confrontons d'abord les effets positifs individuels sur les infirmières en tant que membres de leur communauté aux repères SEPSAC (Bantuelle et al, 2013) sur lesquels notre projet s'est basé. Ces repères spécifiques à la démarche communautaire nous ont servi à coconstruire ce projet. Ils précisent en premier lieu, qu'un projet doit concerner une communauté. Dans le cadre de notre étude, la communauté concernée est constituée par les infirmiers travaillant dans le service de dialyse, qui forment une communauté professionnelle. Ils partagent un sentiment d'appartenance en tant que professionnels de la santé de la dialyse et ils sont confrontés à des défis communs liés à la prise en charge des patients porteurs d'une fistule artérioveineuse.

Ainsi que le préconise le deuxième repère de la démarche communautaire, nous avons aussi favorisé l'implication de tous les acteurs concernés dans la démarche de coconstruction depuis la conception jusqu'à l'évaluation du programme de formation.

Afin de répondre au mieux à la demande de formation exprimée par les infirmières, nous avons donc démarré la coconstruction et la mise en place du programme de formation, par une collecte et une analyse des besoins de formation à la gestion de la FAV des infirmiers de l'équipe de dialyse.

De Ketele et al (2007) ont en effet invité à baser les dispositifs de formation sur une phase préalable d'identification des besoins. Pour eux, négliger cette étape fondamentale, c'est courir le risque que le contenu de la formation ne corresponde pas aux besoins en formation exprimés. Nous avons veillé à ce que cette analyse des besoins, ne se confonde pas avec l'analyse de la demande, souscrivant ainsi aux conclusions de Barbier et Lesne (1977). « *analyser des besoins... c'est produire des objectifs de changement* »

Girault et al (2001) vont aussi dans le même sens « *l'analyse des besoins est une procédure systématique utilisée pour déterminer des priorités et donc prendre des décisions vis-à-vis des objectifs d'une formation* »

Dans notre projet, les demandes de formation ne se sont pas limitées à une description du contenu pédagogique, mais elles se sont basées sur une analyse objective des besoins des infirmières.

Nous avons été particulièrement attentive à cet aspect car Jean Marie Barbier et Marcel Lesne (1977) mettent en garde: « *lorsque la demande de formation se limite à la description du contenu pédagogique, sans une analyse approfondie des besoins, cela peut conduire à des formations qui ne sont pas adaptées.* »

Mais nous avons aussi pu observer que la formation par l'autonomisation professionnelle qui en a résulté a aussi largement débordé du cadre de l'amélioration du fonctionnement et a produit des effets sur ces infirmières d'un point de vue personnel, en répondant à des besoins exprimés ou implicites, de l'ordre du psychosocial.

Dans notre projet, en effet, même si la formation à la gestion de la FAV rencontrait les besoins du service et de l'institution hospitalière, nous avons veillé, notamment en menant une phase d'entretiens individuels, à en connaître la « *signification pour le public consommateur* », (Barbier et Lesne, 1985) ici, les infirmières moins expérimentées du service.

En effet, « *les activités de formation renvoient à des phénomènes de nature économique, sociale et professionnelle (...). Mais en même temps que cette très forte liaison, il existe une certaine autonomie de la formation par rapport, à l'économique, au social et au professionnel* » (Barbier et Lesne, 1985).

Barbier et Lesne proposent une grille de lecture qui situe les phénomènes de formation par rapport à quatre niveaux de réalités, quatre champs de production d'objectifs et notamment des objectifs dans « *le champ du travail, des activités quotidiennes.*» (Barbier et Lesne, 1985).

Notre étude qui est partie sur une analyse des besoins a donc logiquement produit des changements pour les individus, aussi dans ce champ d'activités.

Dans notre étude, la première étape de récolte des besoins a été suivie par une analyse approfondie des besoins formulés et implicites et a ensuite abouti à la formulation d'objectifs qui ont servi de base à la construction du programme de formation. Les résultats observés sur

le plan individuel, professionnel et personnel, notamment sur les sentiments de sécurité, de compétence, d'autonomisation expliquent notamment ce choix d'une coconstruction basée sur une analyse approfondie des besoins. En effet, « *l'analyse des besoins consiste à organiser des situations, des processus, des procédures permettant aux non-demandeurs de formation de le devenir.* » (Barbier et Lesne, 1985).

4.2 Les effets relationnels, en lien avec les rapports avec leur équipe

Notre démarche a adopté une approche participative et concertée, spécifiquement centrée sur le programme de formation sur la prise en charge de la fistule. Les différents acteurs ont travaillé ensemble pour développer des solutions efficaces et adaptées aux besoins spécifiques de cette problématique. Comme l'écrivent Barbier et Lesne, les besoins en formation sont plutôt définis comme des « *problèmes à résoudre grâce à la formation* », problèmes qui se traduisent par un écart entre la situation de départ (problème): -dans notre cas, le manque de compétence, de sécurité, de satisfaction et de justice-et la situation souhaitée (solution idéale anticipée) : -dans notre cas, une plus grande confiance en soi, un sentiment de compétence amélioré, une plus grande satisfaction et davantage de justice au travail.

Dans le cadre de notre étude, cette analyse des besoins a aussi permis de répondre par la formation à des besoins exprimés liés au fonctionnement et à l'organisation du service, comme notamment *de parrainage et d'encadrement pour les nouveaux infirmiers à leur arrivée.*

Confrontons les effets relationnels sur les rapports dans l'équipe, avec nos choix théoriques de départ. Selon la terminologie de Barbier et Lesne, on approche ici de « *la définition des intérêts des groupes sociaux dans les situations de travail* »

4.2.1 L'approche par la définition des intérêts sociaux dans les situations de travail

Notre étude se rapproche à plusieurs égards, de l'approche par la définition des intérêts sociaux dans les situations de travail, approche décrite par Barbier et Lesne (1977). En effet, dans notre étude, « *les intéressés, en tant que groupe social, sont organisés ou susceptibles de s'organiser de manière durable et autonome*» (Barbier et Lesne, 1985, p 18)

Nos actions ont été menées en utilisant « le travail en groupes socialement et professionnellement homogènes, se constituant sur la base du volontariat et travaillant dans des conditions familières à leurs membres. » (Barbier et Lesne, 1985, p 18). Nos infirmiers ont joué un grand rôle, dans le processus d'analyse des besoins non en tant que « *collection d'individus pris isolément ou rassemblés pour les besoins de la cause* » mais en tant que « *qu'agents sociaux insérés dans une pratique de groupe social, en tant que groupe organisé* » (Barbier et Lesne, 1985, p 19).

Dans ce mode de détermination des besoins, on part d'une analyse des situations de travail, comme dans notre étude. Cette analyse de la situation de travail inclut « *le contenu des tâches à effectuer, mais aussi les conditions matérielles et sociales de l'exercice du travail, les perspectives d'emploi, l'état des rapports sociaux dans l'entreprise et même la biographie scolaire, professionnelle et sociale des intéressés* » (Barbier et Lesne, 1985, p 18).

De cette analyse des besoins, des objectifs ont été dégagés pour l'action collective. « Ces objectifs sont relatifs tout à la fois à des projets concrets d'action, individuels et collectifs, comportant obligatoirement un aspect formation, et aux conditions de réalisation de ces projets. » Par exemple, la mise en place du parrainage en ateliers individuels a nécessité des changements importants au niveau du fonctionnement et de l'organisation du service. Sans ces changements, il aurait été impossible de mener ces actions au sein du service et pendant le temps de travail des infirmiers.

En d'autres termes, on a abouti à la « *constitution d'une sorte de plateforme concrète de revendications pour les salariés dans le domaine de la formation, plateforme touchant aussi bien aux buts poursuivis au travers des activités de formation qu'aux conditions de déroulement de ces activités.* » (Barbier et Lesne, 1985, p 18).

4.2.2 Les effets de l'approche participative

L'approche participative que nous avons adoptée, basée sur la participation communautaire, la mobilisation et le partenariat, a sans aucun doute contribué à favoriser la satisfaction au travail, en permettant à tous de contribuer activement. Nous nous sommes basée sur trois caractéristiques fondamentales de la participation communautaire que Howard-Grabman et al

(2003) ont mises en évidence: l'autonomie des participants, la communication , l'accès à l'information, et la capacité à dépasser une approche décisionnelle verticale au profit d'un modèle plus horizontal et collaboratif.

Ces trois principes, auxquels nous avons souscrit ont soutenu une participation plus équitable et plus efficace. Ils ont favorisé «*un contexte de partage des pouvoirs et des savoirs* », ce qui correspond en outre, au troisième repère SEPSAC (Bantuelle et al, 2013).

Cela a amené les infirmières moins expérimentées, à définir leurs responsabilités. Elles ont pu exercer un contrôle et une influence directe sur leur environnement et leur propre apprentissage, ce qui les a amenées à prendre leur place au sein de l'équipe. Cela a renforcé la solidarité entre les membres de la communauté.

Notre démarche favorise une meilleure compréhension des défis quotidiens rencontrés dans leur pratique, tout en stimulant la génération de nouvelles idées.

Ainsi, encourager la participation communautaire a contribué à favoriser une réflexion collective et collaborative.

Comme Paulo Freire (1970) le conseille, nous avons fait le choix de favoriser un échange interactif de connaissances. Comme lui, nous nous sommes fondée sur des «*relations dialogiques de coopération entre des éducateurs-apprenants et des apprenant-éducateurs, se considérant tous les deux comme des sujets égaux* » (Freire, 1970)

Dans notre projet, nous avons prévu, pour cet échange interactif de connaissances, des moments où chaque infirmier peut former les autres, en partageant un retour de formation.

Nous avons pu vérifier que la participation active est essentielle pour encourager les individus à adopter une posture critique vis-à-vis de leur environnement et de leur propre situation, contribuant à leur reconnaissance et à leur valorisation au sein de la société.

4.2.3 Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté

« *Valoriser et mutualiser les ressources de la communauté* », est le quatrième repère SEPSAC. Notre projet a eu des effets positifs sur le travail en équipe, grâce à cette valorisation et mutualisation des savoirs. Dans notre projet, nous avons identifié, stimulé et mobilisé les ressources de tous les membres de l'équipe, y compris les néphrologues et les médecins de l'accès vasculaire.

En permettant aux infirmiers et à la communauté du service de dialyse de prendre une part active à la conception et à la mise en œuvre du programme de formation, nous avons renforcé

la capacité de tous à influencer positivement leur environnement. Le développement du pouvoir d'agir est à la fois une stratégie de mobilisation et un objectif en soi.

En optant pour une approche ascendante, notre projet a valorisé et capitalisé sur les connaissances, les expériences et les perspectives de tous les acteurs de la communauté. Cette approche a permis de garantir la pertinence et l'efficacité des interventions. Elle a aussi renforcé l'appropriation et l'engagement des parties prenantes dans le processus de conception et de mise en œuvre des actions.

Ainsi, notre démarche a créé des relations où chacun a pu contribuer de manière égale et être impliqué dans le processus décisionnel. Cela a impliqué de renoncer à une vision hiérarchique où certains détiennent tout le pouvoir et tout le savoir. Au contraire, nous avons adopté une approche collaborative et participative, où les connaissances et les perspectives de chaque acteur étaient valorisées et prises en compte.

4.2.4 La question de la satisfaction au travail

Nos résultats ont aussi montré que notre projet a contribué à améliorer la satisfaction au travail, en développant plusieurs facteurs de satisfaction mis en évidence par Frederick Herzberg (1959). Parmi les facteurs qui augmentent la satisfaction, on retrouve le sentiment de se développer (de s'enrichir, de grandir, d'apprendre, etc.). Toutes les infirmières ont mentionné de nouvelles compétences qui ouvrent à de nouvelles responsabilités et à plus de confiance. Acquérir de nouvelles responsabilités est un facteur de satisfaction mis en évidence par Frederick Herzberg qui conseille « *de savoir considérer les réussites réalisées par les collaborateurs par des logiques d'autonomie, de responsabilités et d'avancement de carrière* » (Herzberg, 1959).

4.2.5 Renforcer le sentiment de justice

Selon le psychologue Adams, la motivation des salariés naît lorsque ces derniers perçoivent leur situation comme équitable par rapport à leurs collègues. Ce projet a renforcé le sentiment de justice au sein de l'organisation en les impliquant dans les processus décisionnels et en leur offrant un espace pour faire écouter leur voix, comme le préconise Adams.

Le projet a contribué à développer chez les infirmiers, une meilleure compréhension des décisions prises et des politiques mises en place, facteur qui, pour Adams contribue à réduire

les perceptions d'injustice, à promouvoir un climat de confiance et à favoriser l'échange entre les participants.

De plus les compétences nouvellement acquises ont en outre favorisé un sentiment d'équité avec les infirmiers les plus expérimentés de l'équipe.

4.3 Les effets sur le travail en équipe: une communication transparente

Dans le contexte d'un service hospitalier, une communication efficace est essentielle pour coordonner les actions, prendre les décisions adéquates et établir un climat de confiance.

Nos infirmières avaient d'ailleurs exprimé ce besoin organisationnel, dans les entretiens que nous avons menés avec elles. Si la formation ne peut pas, à elle seule, résoudre toutes les difficultés liées à la communication, elle a du moins contribué à en améliorer certains aspects en développant les connaissances et les compétences des infirmières, ce qui leur permet aussi de communiquer de façon plus fluide et plus efficace avec le reste de l'équipe et les médecins.

Bien communiquer permet en outre d'encourager la motivation et l'engagement des employés en les informant des objectifs et des stratégies.

Dans le cadre de notre approche participative, communiquer à chaque étape du projet a favorisé l'implication et l'engagement des membres de l'équipe.

Chaque infirmière a pu s'exprimer librement et être écoutée, se sentant ainsi valorisée et respectée. Une communication transparente a contribué en outre à une meilleure compréhension des situations, réduisant ainsi le sentiment d'injustice que peuvent ressentir certains membres de l'équipe.

Notre démarche s'est inscrite dans une perspective de développement collectif et individuel, où chaque acteur a été invité à contribuer à la réalisation d'objectifs communs visant à améliorer la prise en charge des personnes ayant une fistule artérioveineuse.

LIMITES

Ce travail présente plusieurs limites : la première limite est liée à l'échantillon restreint. Nous n'avons en effet récolté les données qui servent de base à notre analyse qu'auprès de cinq infirmiers. Cet échantillon limité s'explique par la situation particulière dans laquelle ce projet s'est déroulé. En effet, nous avons choisi de mener notre projet au sein d'une communauté déjà constituée, l'équipe infirmière du service d'auto-dialyse de Sainte-Anne, Saint-Rémi.

La deuxième limite que nous avons identifiée est liée à notre situation particulière au sein de l'équipe. Au début du projet, nous venions en effet tout juste d'intégrer le service en tant qu'infirmière qualifiée, pour renforcer l'équipe, suite à plusieurs départs et à l'imminence de la retraite de l'infirmière chef. Celle-ci nous a en outre présentée comme susceptible de lui succéder. Nous sommes d'ailleurs effectivement devenue la référente de cette équipe de 10 infirmiers depuis début mai 2024.

Aussi, quand nous avons mené notre collecte de résultats et rencontré les 5 infirmières moins expérimentées, celles-ci savaient que nous étions pressenties pour devenir leur responsable.

Cela a pu influencer, non seulement leur décision de participer au projet pour « se placer » et se faire bien voir.

De plus, lors des entretiens, certaines infirmières ont pu ne pas parler librement; elles ont pu être tentées de prétendre des choses qu'elles ne font pas pour exagérer leurs compétences.

Par exemple, nous avons pu remarquer que certaines de ces infirmières avaient « enjolivé » leur connaissance et leur utilisation des protocoles et des moyens de communication mis en place dans le service, en repérant certaines contradictions dans leurs réponses.

D'autres, au contraire ont pu manifester une certaine résistance à la fonction que je représente, mais ces risques de résistance ont pu être vaincus grâce à l'approche participative adoptée.

CONCLUSION

Au terme de notre étude, notre présupposé de départ, à savoir qu'un programme de formation coconstruit avec les infirmiers eux-mêmes permet de répondre plus spécifiquement à leurs besoins et aux défis qu'ils rencontrent au quotidien, en favorisant un apprentissage plus ciblé et efficace, a été largement vérifié. La participation des infirmiers à tous les stades du programme de formation a en effet permis d'assurer que ce programme réponde à leurs besoins exprimés ou implicites. Et la coconstruction de ce programme et son implémentation ont permis de répondre à des besoins de formation, mais aussi, indirectement, à une partie des besoins exprimés ou implicites, liés au fonctionnement et à l'organisation.

Le programme de formation a en effet produit des effets positifs directs sur le développement professionnel de chacune des infirmières impliquées. Il a produit des effets positifs sur le développement des compétences, l'adaptation au travail et la motivation de ces infirmières. Il les a ainsi aidées à devenir plus autonomes et à ainsi jouer pleinement leur rôle au sein de l'équipe, améliorant de fait le fonctionnement du service et son organisation. La formation ne s'est pas limitée à l'amélioration et l'acquisition de nouvelles compétences mais elle a influencé la manière dont les infirmières perçoivent et gèrent les situations de soin. dans la sphère professionnelle. La formation a contribué à améliorer les soins donnés aux patients dialysés. Elle a de plus, étendu ses effets positifs à la sphère privée sur le développement personnel de ces infirmières.

Les résultats de notre étude, qui a mis en pratique des concepts de gestion participative et d'empowerment, attestent donc de l'importance d'impliquer les infirmiers dans les processus décisionnels, d'améliorer leurs compétences, de reconnaître leur expertise et leur rôle primordial dans le développement de pratiques de soins efficaces.

Nous escomptons, d'ailleurs, en prolongement de cette étude, évaluer l'impact de la formation, auprès de l'ensemble de l'équipe. Nous solliciterons auprès d'eux des suggestions d'amélioration. Mais nous nous intéresserons surtout à leur feedback concernant les effets du

programme sur les compétences et sur la pratique clinique. Nous envisageons aussi, dans un second temps, d'explorer le niveau communautaire de la santé et d'élargir la participation aux autres acteurs impactés par ce programme, à savoir les patients et leurs familles. Ce niveau impliquera une extension de la participation et une deuxième enquête de satisfaction qui, au-delà du service de santé, inclura la communauté dans laquelle les patients vivent.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abreo, K., Amin, B-M., Abreo A-P. Physical examination of the hemodialysis arteriovenous fistula to detect early dysfunction. *The Journal of Vascular Access*. 2019;20(1):7-11.
doi:10.1177/1129729818768183

Adams, J.S., Inequity in social exchange, in Berkowitz L. *Advances in Experimental Social Psychology*, volume 2, Academic Press, New-York, 1965

Agence de la biomédecine, Rein, Réseau épidémiologie information néphrologie, (2021), Registre français des patients avec une maladie rénale chronique stade VR, rapport annuel.
https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein_2021_2023-06-26.pdf

Adıgüzel, Z., et Sönmez Çakır, F., et Küçükoğlu, İ. The Effects of Organizational Communication and Participative Leadership on Organizational Commitment and Job Satisfaction in Organisations, *BMIJ*, (2020), 8(4): 829-856, doi:
<http://dx.doi.org/10.15295/bmij.v8i4.1593>

Bantuelle, M., Mouyart, P., Prévost, M. (2013), Action communautaire en santé : un outil pour la pratique, janvier 2013, Outils en promotion santé.
https://www.maisonmedicale.org/wp-content/uploads/2023/07/action_sante_com_outil_pour_pratique.pdf

Barbier, J- M., Lesne, M. (1977). *L'analyse des besoins en formation*, Paris, Edition Robert Jauze

Barbier, J-M., Lesne, M. (1985) Pratiquer l'analyse des besoins, ...pourquoi, comment?, *Dire en APS*, 15, juin 1985, pp 16-20.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C., Van de Hoorde, C. (2020), Performance du système de santé belge: évaluation de l'équité, Synthèse KCE,

https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_334B_Evaluation_equite_systeme_sante_belge_Synthese.pdf

Cheikh, S., Kharrat, A., Sayah, M., Mtioui, N., El Khayat, S., Zamd, M., Medkouri, G., Ramdani, B. (2022) La survie de la première fistule artério-veineuse chez l'hémodialysé chronique, *Néphrologie et thérapeutique*, volume 18, 5 , Septembre 2022 , pages 424-425.

Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier belges. (2017), annexe de l'avis de 2017.04 du CFAI, Conseil Fédéral de l'art infirmier.

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/code_de_deontologie_des_praticiens_ai.pdf

Coentrão, L., et Turmel-Rodrigues, L. (2013). Monitoring dialysis arteriovenous fistulae: it's in our hands. *The journal of vascular access*, 14(3), 209–215.

<https://doi.org/10.5301/jva.5000141>

Déclaration d'Alma-Ata, 1978. https://who-sandbox.squiz.cloud/__data/assets/pdf_file/0005/113882/E93945.pdf

De Ketele, J., Chastrette, M., Cros, D., Mettelin, P. et Thomas, J. (2007). Section 1. *L'analyse des besoins*. Dans : , J. De Ketele, M. Chastrette, D. Cros, P. Mettelin et J. Thomas (Dir), *Guide du formateur* (pp. 15-25). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur

Freire, P. (1970). *Pédagogie des opprimés*. Paris: Maspero

Girault, P., Gagnayre, R. et d'Ivernois, J. (2001). Méthode d'analyse des besoins de formation des aidants naturels de patients VIH positif ou sida en Thaïlande. *Santé Publique*, 13, 49-61. <https://doi.org/10.3917/spub.011.0049>

Granry, J-C., Moll, M-C. (2012) *État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) et de la prévention des risques associés aux soins*. Rapport de mission HAS, https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-01/simulation_en_sante_-_rapport.pdf

Guillouet, E., Tomadesso, C., Flores, B. A., Henri, P., Lanot, A., Morello, R., et Guillouet, S. (2023). Impact of simulation-based training in addition to theoretical training versus theoretical training of nurses alone in the occurrence of adverse events related to arteriovenous fistula puncture in chronic hemodialysis patients: study for a cluster randomized controlled trial (SIMFAV2). *Trials*, 24(1), 500. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07513-8>

Haute autorité de santé, Guide du parcours de soins (2021) Maladie rénale chronique de l'adulte (MRC), juillet 2021, mise à jour septembre 2023. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/guide__mrc.pdf , page 35

Herzberg, F. (1978), *Le travail et la nature de l'homme*, Paris, EME

Howard-Grabman L, Snetro G. (2003) How to mobilise communities for health and social change. Baltimore, MD: Health Communication Partnership/USAID. <https://www.healthynewbornnetwork.org/hnn-content/uploads/How-to-mobilize-communities-for-health-and-social-change.pdf>

Jiber, H., Zrihni, Y., Zaghoul, R., Hajji, R., Zizi, O., et Bouarhroum, A. (2015). Prise en charge des complications des fistules artério-veineuses pour hémodialyse chronique [Management of complications of arteriovenous fistulas for chronic hemodialysis]. *The Pan African medical journal*, 20, 202. <https://doi.org/10.11604/pamj.2015.20.202.3617>

Joie, C. (2022) Bruxelles Malade, Portrait d'une ville où les inégalités fonctionnent en cercle vicieux, Medor, <https://bxl-malade.medor.coop>

Lapointe, J. (1983) *L'analyse des besoins d'apprentissage.*. *Revue des sciences de l'éducation*, 9(2), 251–266. <https://doi.org/10.7202/900412ar>

Meurens, P. Développer une communauté d'intérêts, se donner des objectifs et soutenir les efforts pour les atteindre, la motivation au travail. Cours WFSP2260 - Management Humain et Comportement Organisationnel 2023-2024

Pelaccia, T. (2023) *Comment mieux former et évaluer les étudiants en médecine et en sciences de la santé*, éditions de Boeck 2^{ème} édition /septembre 2023 /469 pages

Pengloan, J., (2015) La fistule artério-veineuse : quelle surveillance optimale ?

<https://doi.org/10.1016/j.jmv.2014.12.114>

Objectif rein santé, (2022) Insuffisance rénale, les derniers chiffres en France, article publié le 10 juin 2022. <https://objectifreinsante.org/insuffisance-renale-les-derniers-chiffres-en-france/#:~:text=En%202020%2C%2091%20875%20cas%20en%20insuffisance%20rénale,dialyse%20et%2045%20%25%20porteurs%20d'un%20rein%20greffé>

Radoui, A., Lyoussfi, Z., Haddiya, I., Skalli, Z., El Idrissi, R., Rhou, H., Ezzaitouni, F., Ouzeddoun, N., El Mesnaoui, A., Bayahia, R., Benamar, L. (2011) Survie de la première fistule artérioveineuse chez 96 patients hémodialysés chroniques, *Annales de Chirurgie Vasculaire*, Volume 25, Issue 5, 675-678, ISSN 0299-2213

Rosato, M., Laverack, G., Howard Grabman, L., Tripathie, P., Nair, N., MBBS, Mwansambo, C. et al. (2008), Participation communautaire: leçons pour la santé maternelle, néonatale et infantile, publié le 13 septembre 2008. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61406-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61406-3) AlmaAta_participation_Lancet2008.pdf

Samadoulougou, S. (2024) La défavorisation du quartier et l'obésité chez les femmes et les hommes. <https://www.researchgate.net/publication/377355868>

Sundari, S., et Kusmiati, M. (2022). Training Needs Analysis of operational . *Perwira International Journal of Economics et Business*, 2(1), 1–8.
<https://doi.org/10.54199/pijeb.v2i1.114>

Vandenberghe, C. (2016). 7 moyens de renforcer. *Gestion*, 41, 104-108. <https://doi.org/10.3917/riges.414.0104>

Woo, K. (2024), Arteriovenous fistula creation for hemodialysis and its complications <https://www.uptodate.com/contents/arteriovenous-fistula-creation-for-hemodialysis-and-its-complications>

Zhang, H., Lu, H., Li, W., Jiang, G., Zou, H., et Expert Group of Nephrology Branch of China Academy of Chronic Disease Urology Nephrology and Blood Purification Commission of China Medical Education Association (2021). Expert consensus on the establishment and maintenance of native arteriovenous fistula. *Chronic diseases and translational medicine*, 7(4), 235–253. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2021.05.002>

