

Mémoire Enjeux organisationnels et cliniques de l'évolution des pratiques infirmières en néphrologie au Luxembourg : quelles perspectives pour la pratique avancée ?

Auteur : De Sousa, Aurelie

Promoteur(s) : 31849; 31850

Faculté : Faculté de Médecine

Diplôme : Master en sciences infirmières, à finalité spécialisée en pratiques avancées

Année académique : 2025-2026

URI/URL : <http://hdl.handle.net/2268.2/27343>

Avertissement à l'attention des usagers :

Tous les documents placés en accès ouvert sur le site le site MatheO sont protégés par le droit d'auteur. Conformément aux principes énoncés par la "Budapest Open Access Initiative"(BOAI, 2002), l'utilisateur du site peut lire, télécharger, copier, transmettre, imprimer, chercher ou faire un lien vers le texte intégral de ces documents, les disséquer pour les indexer, s'en servir de données pour un logiciel, ou s'en servir à toute autre fin légale (ou prévue par la réglementation relative au droit d'auteur). Toute utilisation du document à des fins commerciales est strictement interdite.

Par ailleurs, l'utilisateur s'engage à respecter les droits moraux de l'auteur, principalement le droit à l'intégrité de l'oeuvre et le droit de paternité et ce dans toute utilisation que l'utilisateur entreprend. Ainsi, à titre d'exemple, lorsqu'il reproduira un document par extrait ou dans son intégralité, l'utilisateur citera de manière complète les sources telles que mentionnées ci-dessus. Toute utilisation non explicitement autorisée ci-avant (telle que par exemple, la modification du document ou son résumé) nécessite l'autorisation préalable et expresse des auteurs ou de leurs ayants droit.

**ENJEUX ORGANISATIONNELS ET CLINIQUES DE
L'EVOLUTION DES PRATIQUES INFIRMIERES EN
NEPHROLOGIE AU LUXEMBOURG : QUELLES
PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE AVANCEE ?**

Mémoire présenté par **Aurélie DE SOUSA**
en vue de l'obtention du grade de
Master en Sciences Infirmières
Année académique 2025 - 2026

**ENJEUX ORGANISATIONNELS ET CLINIQUES DE
L'EVOLUTION DES PRATIQUES INFIRMIERES EN
NEPHROLOGIE AU LUXEMBOURG : QUELLES
PERSPECTIVES POUR LA PRATIQUE AVANCEE ?**

Mémoire présenté par **Aurélie DE SOUSA**

en vue de l'obtention du grade de

Master en Sciences Infirmières

Année académique 2025 - 2026

Promoteur : **Fabienne METZ**

Co-promoteur : **Shirley KNOBLOCH**

Nombre de mots : 6 909

REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait jamais pu aboutir sans l'aide et le soutien de plusieurs personnes que j'aimerais sincèrement remercier.

Mes premiers remerciements vont à mes promotrices, mesdames Fabienne METZ et Shirley KNOBLOCH, pour leur accompagnement, leurs conseils et leur bienveillance, qui ont permis à ce travail de prendre forme.

Je remercie chaleureusement les professionnels qui ont accepté de participer à cette étude. Ils m'ont accordé leur temps et leur parole. Sans eux, ce mémoire n'aurait pas existé.

Je tiens à remercier ma coéquipière de master, Claire, avec qui je me suis lancée dans cette folle aventure. Merci pour ta motivation sans faille et pour avoir été là dans les moments où j'ai voulu renoncer.

Un tout grand merci à ma famille, présente hier comme aujourd'hui, et à mes amis, sur qui j'ai toujours pu compter.

Merci à mes collègues, dont la patience et la souplesse m'ont permis de suivre cette formation et de mener ce travail à son terme. Tout particulièrement à Géraldine pour sa bienveillance et sa disponibilité pour que je puisse me consacrer à mes études et à Virginie, pour son soutien, sa motivation et son intérêt pour mon travail de recherche et sa relecture.

Enfin, je remercie infiniment mon conjoint, Jean Louis. Il a traversé ces années de master à mes côtés, il a supporté mes absences et mes découragements, et il a toujours cru que j'irais au bout, y compris les jours où moi je n'y croyais plus. Rien de tout cela n'aurait tenu sans lui.

ENGAGEMENT DE NON-PLAGIAT



Engagement de non plagiat.

Je soussigné(e) NOM Prénom.....DE SUSA Aurélie.....
Matricule étudiant :52306449.....

Déclare avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Liège et des dispositions du Règlement général des études et des évaluations. Je suis pleinement conscient(e) que la copie intégrale ou d'extraits de documents publiés sous quelque forme que ce soit (ouvrages, publications, rapports d'étudiant, internet, etc...) sans citation (i.e. mise en évidence de la citation par des guillemets) ni référence bibliographique précise est un plagiat qui constitue une violation des droits d'auteur relatifs aux documents originaux copiés indûment ainsi qu'une fraude. En conséquence, je m'engage à citer, selon les standards en vigueur dans ma discipline, toutes les sources que j'ai utilisées pour produire et écrire le mémoire que je dépose.

Fait le11/08/2020.....

Signature

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "A. De SUSA", written over a horizontal line.

TABLE DES MATIERES

PREAMBULE	1
1. INTRODUCTION	2
1.1. CONTEXTE EPIDEMIOLOGIQUE ET ECONOMIQUE DE L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE.....	2
1.2. ENJEUX CLINIQUES ET ORGANISATIONNELS	2
1.2.1. <i>Besoins des patients</i>	2
1.2.2. <i>Difficultés des soignants</i>	2
1.3. ÉVOLUTION DES PRATIQUES INFIRMIERES ET ROLE DE LA PRATIQUE AVANCEE	3
1.4. APPORTS DOCUMENTES EN NEPHROLOGIE	3
1.5. ADAPTATION AU CONTEXTE LUXEMBOURGEOIS	4
1.6. CADRE THEORIQUE	4
1.7. JUSTIFICATION DE L'ETUDE ET QUESTION DE RECHERCHE	4
2. MATERIEL ET METHODES	5
2.1. TYPE D'ETUDE.....	5
2.2. POPULATION ETUDIEE.....	5
2.3. METHODE D'ECHANTILLONNAGE.....	6
2.4. PARAMETRES ETUDIES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES	7
2.4.1. <i>Paramètres étudiés</i>	7
2.4.2. <i>Outils de collecte de données</i>	8
2.5. PLANIFICATION DE LA COLLECTE DES DONNEES	8
2.6. TRAITEMENT DES DONNEES ET METHODES D'ANALYSES	8
2.7. CRITERES DE QUALITE	9
2.8. ASPECTS ETHIQUES ET REGLEMENTAIRES	10
3. RESULTATS	11
3.1. PRESENTATION DE LA POPULATION	11
3.2. PRESENTATION DES RESULTATS	13
a) <i>Organisation du parcours de soins</i>	13
b) <i>Évolution des pratiques infirmières</i>	18
c) <i>Compréhension et valeur ajoutée de l'IPA</i>	22
d) <i>Conditions de développement</i>	26
e) <i>Perspectives d'évolution au Luxembourg</i>	32

4. DISCUSSION	37
4.1. LA THEORIE DE L'INCERTITUDE APPLIQUEE AU CONTEXTE PROFESSIONNEL	37
4.2. QUATRE AXES ISSUS DE LA CONFRONTATION A LA LITTERATURE	42
4.2.1. <i>L'adhésion selon la position occupée</i>	<i>42</i>
4.2.2. <i>Le déplacement du frein juridique vers le politique.....</i>	<i>42</i>
4.2.3. <i>L'ambiguïté du positionnement hiérarchique</i>	<i>43</i>
4.2.4. <i>La confusion IPA, spécialisations et case management</i>	<i>43</i>
5. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE.....	44
6. PERSPECTIVES.....	45
7. CONCLUSION	45
8. CONFLITS D'INTERET	46
9. BIBLIOGRAPHIE.....	47
10. ANNEXES	53
10.1. ANNEXE 1 : MODELE DE L'INCERTITUDE PERÇUE DANS LA MALADIE (MISHEL, 1988)	53
10.2. ANNEXE 2 : CARTE D'INVITATION	54
10.3. ANNEXE 3 : GUIDES D'ENTRETIEN PAR PROFIL	55
10.3.1. <i>Néphrologues.....</i>	<i>55</i>
10.3.2. <i>Responsables de service.....</i>	<i>58</i>
10.3.3. <i>Coordinateurs.....</i>	<i>62</i>
10.3.4. <i>Directions</i>	<i>66</i>
10.3.5. <i>Représentant national.....</i>	<i>69</i>
10.4. ANNEXE 4 : DIAGRAMME DE GANTT	72
10.5. ANNEXE 5 : ANALYSE THEMATIQUE DE BRAUN & CLARKE	73
10.6. ANNEXE 6 : GRILLE COREQ	74
10.7. ANNEXE 7 : COMITES D'ETHIQUE.....	76
10.7.1. <i>Comité d'éthique belge</i>	<i>76</i>
10.7.2. <i>Comité d'éthique luxembourgeois</i>	<i>78</i>
10.8. ANNEXE 8 : ÉTAT DES LIEUX EUROPEEN DES ROLES INFIRMIERS EN PRATIQUE AVANCEE	82
10.9. ANNEXE 9 : LE ROLE INFIRMIER LUXEMBOURGEOIS AU REGARD DE LA PRATIQUE AVANCEE	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

Sigles	Définitions
IRC	Insuffisance rénale chronique
IPA	Infirmier en pratique avancée
DP	Dialyse péritonéale
CKD	Chronic kidney disease
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
CNS	Caisse Nationale de Santé
IA	Intelligence artificielle
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CEHFUL	Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège
CNER	Comité National d'Éthique de Recherche
RGPD	Règlement Général sur la Protection des Données
ETP	Éducation thérapeutique du patient
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
ANP/APN	Advanced nurse Practitioner/Advanced practice Nurse
NMBI	Nursing and Midwifery Board of Ireland
ICN	International Council of Nurses
ACP	Advanced Clinical Practitioner
NMC	Nursing and Midwifery Council
NHS	National Health Service
RCN	Royal College of Nursing
EPA	Enfermera de Práctica Avanzada
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
BTS	Brevet de Technicien Supérieur

RESUME

Introduction : L'insuffisance rénale chronique touche plus de 10 % de la population mondiale et sa prévalence ne cesse d'augmenter. Sa prise en charge révèle les limites des systèmes de soins face aux maladies chroniques. Pour y répondre, ainsi qu'à la pénurie médicale et à l'augmentation des besoins en santé, plusieurs pays ont développé des fonctions infirmières en pratique avancée. Le Luxembourg reste dépourvu de cadre réglementaire reconnaissant cette fonction, et aucune donnée n'existe sur la manière dont cette évolution y est envisagée.

Matériel et méthodes : Cette étude qualitative exploratoire multicentrique a exploré les perceptions des professionnels de santé et des acteurs institutionnels concernant l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg. Dix-sept entretiens semi-directifs individuels ont été menés auprès de cinq profils distincts, dans deux établissements hospitaliers et une organisation nationale du pays. Les données ont fait l'objet d'une analyse thématique inductive selon les six phases de Braun & Clarke. La *Theory of Uncertainty in Illness* de Mishel, transposée au niveau professionnel et organisationnel, a servi à l'interprétation des résultats sans intervenir dans le codage.

Résultats : Une plus-value de la pratique infirmière avancée est reconnue par la majorité des participants, à des niveaux différents selon les profils. Les néphrologues soulignent un enjeu de responsabilité, les responsables de service et les coordinateurs décrivent une frustration anticipée et un risque de départ des personnels formés. Les directions adoptent des postures contrastées, entre attentisme et proactivité. Le représentant national situe le frein davantage politique que juridique. Des activités relevant de la pratique avancée sont décrites comme déjà réalisées sur le terrain, sans reconnaissance formelle. La valorisation de la fonction infirmière actuelle est préconisée avant l'introduction d'une nouvelle fonction.

Conclusion : L'évolution vers un rôle de pratique avancée répond à des besoins identifiés par l'ensemble des acteurs. Cette étude met en évidence une pratique avancée déjà présente dans les faits, portée par le terrain en l'absence de cadre national. La question n'est donc pas de créer ce rôle, mais de reconnaître et de retenir ceux qui l'exercent déjà.

Mots-clés : Pratique infirmière avancée ; Néphrologie ; Perceptions professionnelles ; Organisation des soins ; Luxembourg

ABSTRACT

Introduction: Chronic kidney disease affects more than 10% of the world's population and its prevalence continues to rise. Its management reveals the limitations of healthcare systems in addressing chronic conditions. In response to this, as well as to physician shortages and growing healthcare needs, several countries have developed advanced nursing practice roles. Luxembourg still lacks a regulatory framework recognising this function, and no data exist on how such a development is envisaged there.

Material and methods: This exploratory multicentre qualitative study examined the perceptions of healthcare professionals and institutional stakeholders regarding the evolution of nursing practice towards an advanced practice role in nephrology in Luxembourg. Seventeen individual semi-structured interviews were conducted across five distinct profiles, in two hospitals and one national-level organisation in the country. Data were analysed using inductive thematic analysis following Braun & Clarke's six phases. Mishel's *Theory of Uncertainty in Illness*, transposed to the professional and organisational level, informed the interpretation of the findings without being used as a coding framework.

Results: The added value of advanced nursing practice was recognised by most participants, at differing levels depending on their profile. Nephrologists highlighted issues of clinical responsibility, while service managers and care coordinators described anticipated frustration and a risk of losing trained staff. Directors adopted contrasting positions, ranging from a wait-and-see approach to active anticipation. The national representative located the obstacle in the political rather than the legal sphere. Activities falling within the scope of advanced practice were described as already being carried out in the field, without formal recognition. Enhancing the value of the current nursing role was recommended before introducing a new function.

Conclusion: The evolution towards an advanced practice role responds to needs identified by all stakeholders. This study highlights an advanced practice already present in the field, driven by practitioners in the absence of a national framework. The question is therefore not whether to create this role, but how to recognise and retain those who already perform it.

Keywords: Advanced nursing practice; Nephrology; Professional perceptions; Organisation of care; Luxembourg

PREAMBULE

Après plusieurs années d'exercice en chirurgie en Belgique, puis en service de médecine au Luxembourg, dont la néphrologie, et enfin en dialyse péritonéale, j'ai ressenti le besoin de faire évoluer ma pratique. La spécialisation dans un domaine clinique existe, mais je cherchais autre chose : élargir mes compétences et exercer autrement. C'est ce qui m'a conduite vers ce master et vers la fonction d'infirmière en pratique avancée (IPA).

Au Luxembourg, cette fonction n'existe pas. En travaillant, j'ai pu observer des besoins auxquels l'organisation actuelle ne répond que partiellement, et j'ai entendu, dans les échanges avec les patients comme avec les équipes, des manques qui revenaient régulièrement. Cette étude n'est pas née d'une conviction à défendre, mais d'une question restée sans réponse : comment cette évolution est-elle perçue par les professionnels qu'elle concernerait ?

Cette recherche a donc été menée depuis une position particulière : celle d'une infirmière du domaine étudié, en formation vers le rôle dont il est question, et connue de plusieurs participants. Cette double position a facilité l'accès au terrain et à une parole libre, mais elle a aussi exigé une vigilance constante quant à ce que j'attendais des entretiens.

Ce mémoire ne cherche pas à plaider pour l'introduction d'un rôle mais à comprendre les conditions dans lesquelles les acteurs concernés l'envisagent.

1. Introduction

1.1. Contexte épidémiologique et économique de l'insuffisance rénale chronique

L'insuffisance rénale chronique (IRC) touche plus de 10 % de la population mondiale et sa prévalence ne cesse d'augmenter avec le vieillissement de la population, le diabète, l'hypertension artérielle, les comorbidités et les inégalités d'accès aux soins (1,2). Le coût annuel pour un patient dialysé est d'environ 44 000 euros en Allemagne, et de 64 000 euros à 89 000 euros en France selon la modalité de dialyse. La prise en charge de l'IRC terminale représente à elle seule quatre milliards d'euros pour l'assurance maladie française (3,4). Ces coûts, amplifiés par les hospitalisations évitables et la faible adhésion thérapeutique, révèlent les limites actuelles des systèmes de soins face aux maladies chroniques.

1.2. Enjeux cliniques et organisationnels

L'IRC évolue lentement et silencieusement, avec peu de symptômes aux stades précoces. Cette progression insidieuse, associée à un diagnostic souvent tardif, complique la prévention et la prise en charge globale (5).

1.2.1. Besoins des patients

L'IRC altère fortement l'équilibre psychologique, l'autonomie et la qualité de vie des patients, en raison d'un fardeau symptomatique important (fatigue, troubles du sommeil, douleurs, anxiété, isolement social) (5–7). Les recommandations internationales, notamment KDIGO, soulignent l'importance d'un suivi global centré sur la personne, intégrant la surveillance clinique, l'éducation thérapeutique et l'appui à la gestion des symptômes (8). L'écart entre ces recommandations et l'organisation actuelle des soins se traduit par des ruptures dans la continuité du parcours et un déficit de communication entre professionnels, renforçant la nécessité d'une organisation des soins plus intégrée (9).

1.2.2. Difficultés des soignants

La littérature souligne la charge émotionnelle élevée, le manque de formation pour aborder des thématiques sensibles telles que la planification anticipée des soins, et une incertitude persistante quant à la répartition des rôles au sein des équipes (10,11). À ces éléments

s'ajoutent des contraintes organisationnelles, notamment une charge de travail élevée, un manque de ressources et une coordination insuffisante. Près d'un infirmier sur trois présente des signes de burn-out (12). La pénurie mondiale d'infirmiers, estimée à 4,5 millions d'ici 2030, renforce ces tensions et interroge l'évolution nécessaire des pratiques professionnelles (13).

1.3. Évolution des pratiques infirmières et rôle de la pratique avancée

La fonction IPA est apparue dès les années 1960 aux États-Unis et au Canada, en réponse à la pénurie médicale et à l'augmentation des besoins de santé (14). Formés au niveau master, les IPA disposent de compétences cliniques élargies leur permettant d'assumer de manière autonome certaines activités de suivi, d'évaluation clinique et de coordination des soins (15). Ces évolutions s'inscrivent dans une stratégie plus large visant à renforcer la coordination interprofessionnelle et à optimiser l'utilisation des ressources humaines en santé (16,17).

Aux États-Unis, au Canada, au Royaume-Uni et en Australie, la reconnaissance des rôles de pratique avancée s'est appuyée sur des cadres législatifs nationaux encadrant l'autonomie clinique, accompagnés de réformes universitaires favorisant l'intégration de ces fonctions au sein des équipes de soins (18). En Europe, la faisabilité de ce rôle repose sur un transfert progressif de compétences du médecin vers l'infirmier (17). En France, la reconnaissance réglementaire s'est traduite par la création de formations universitaires de niveau master, tandis que les Pays-Bas encadrent le rôle depuis la loi BIG et que la Belgique l'a reconnu par arrêté royal en 2024, avec entrée en vigueur depuis 2025 (19–22).

Ces expériences suggèrent que la pérennité de ces rôles dépend autant du cadre réglementaire que de l'organisation des soins et des dispositifs de formation (18).

1.4. Apports documentés en néphrologie

Dans les pays où elle est développée, la pratique infirmière avancée en néphrologie couvre un large champ d'activités allant de l'évaluation clinique à l'éducation thérapeutique, en passant par la prévention des complications et la coordination du parcours de soins (8,23,24). Les interventions menées par les IPA sont associées à une amélioration de la pression artérielle, une stabilisation de la fonction rénale, une meilleure observance thérapeutique et une réduction des hospitalisations (1,2,25–28).

Sur le plan organisationnel, leur intégration favorise la continuité des soins, allège la charge pesant sur les soins primaires et fluidifie les parcours, notamment lors de la transition vers la dialyse ou la greffe rénale, où des fonctions de coordination telles que les « *navigateurs de patients* » assurent des missions proches (10,23,28–30).

Toutefois, ces données sont majoritairement issues de systèmes de santé disposant d'un cadre réglementaire et organisationnel structuré.

1.5. Adaptation au contexte luxembourgeois

Le système de santé luxembourgeois est marqué par une pénurie de soignants, une forte dépendance aux travailleurs frontaliers et l'absence d'un cadre légal spécifique encadrant les fonctions infirmières avancées. Ce vide réglementaire peut freiner la reconnaissance et l'évolution des pratiques professionnelles, alors même que les besoins en soins coordonnés pour les maladies chroniques ne cessent de croître (24,28). Les travaux européens sur les personnels de santé soulignent une densité médicale inférieure à la moyenne européenne et l'absence de planification stratégique des ressources humaines en santé, constat prolongé par le 2^e rapport thématique de l'Observatoire national de la santé sur les tensions de disponibilité et la structuration des soins chroniques (31–33).

1.6. Cadre théorique

La *Theory of Uncertainty in Illness*, développée par Mishel en 1988, est une théorie middle-range initialement conçue pour comprendre l'incertitude vécue par la personne malade face à une situation dont elle ne parvient ni à interpréter les signes ni à anticiper l'issue (34,35) (Annexe 1). Elle est ici transposée du niveau individuel au niveau professionnel et organisationnel, afin d'éclairer la perception des acteurs de santé face à une fonction émergente et non réglementée au Luxembourg. L'incertitude générée par le vide légal peut influencer les projections des acteurs et la faisabilité perçue d'une évolution des pratiques infirmières.

1.7. Justification de l'étude et question de recherche

À ce jour, la littérature ne documente pas l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée au Luxembourg. Les données disponibles proviennent par ailleurs presque

exclusivement de systèmes de santé où cette fonction est déjà encadrée (23,24,28). On ignore donc comment cette évolution est envisagée là où le cadre fait défaut, et comment les acteurs concernés se positionnent face à cette absence.

Cette étude a donc cherché à répondre à la question :

« Comment l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie est-elle perçue et envisagée au Luxembourg, en l'absence de cadre légal ? »

Plus précisément, elle vise à explorer les besoins actuels et les limites de la prise en charge perçus par les néphrologues et les responsables de service, à analyser les représentations, les freins, les leviers et la plus-value anticipée par l'ensemble des participants, et à identifier les enjeux organisationnels, professionnels et réglementaires associés aux niveaux institutionnel et national.

2. Matériel et méthodes

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire multicentrique, reposant sur une démarche inductive et une analyse thématique des discours de professionnels de santé et d'acteurs institutionnels.

2.2. Population étudiée

Deux populations de participants ont été incluses : des professionnels de santé hospitaliers exerçant en néphrologie selon quatre profils (néphrologues, responsables de service, coordinateurs et directions), et un acteur institutionnel de niveau national.

Les critères d'inclusion et d'exclusion sont présentés dans le tableau 1.

Tableau 1. Critères d'inclusion et d'exclusion par population

Population étudiée	Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Professionnels de santé hospitaliers	- Exercer au Luxembourg comme médecin néphrologue ou cadre (responsable de service, coordinateur, direction) ; - Exercer en néphrologie, hémodialyse, dialyse péritonéale et/ou médecine interne ; - Être impliqué directement dans la prise en charge des patients IRC ou dans l'organisation des soins néphrologiques ; - Accepter de participer à un entretien individuel.	- Internes ou professionnels sans lien avec la néphrologie ; - Professionnels en congé de longue durée ou indisponibles pendant la période de collecte.
Acteur institutionnel national	- Être impliqué dans la réglementation, l'organisation des soins ou l'évolution des pratiques infirmières ; - Disposer d'une connaissance du système de santé luxembourgeois ; - Accepter de participer à un entretien individuel.	- Personnes n'exerçant plus de fonction active dans une institution nationale de santé.

2.3. Méthode d'échantillonnage

Le recrutement a reposé sur un échantillonnage raisonné non probabiliste, fondé sur le volontariat et la diversité des profils.

Dix-sept entretiens individuels ont été réalisés auprès de sept néphrologues, trois responsables de service, trois coordinateurs, trois membres de direction et un représentant national. Le recueil s'est poursuivi jusqu'à saturation des données, définie par l'absence d'éléments nouveaux dans les derniers entretiens de chaque profil hospitalier. Le

représentant national, unique acteur de ce niveau, a fait l'objet d'un entretien à visée complémentaire.

Les participants hospitaliers ont été recrutés au sein de deux établissements luxembourgeois, l'un relevant du secteur semi-public et l'autre du secteur privé, afin d'accéder à une diversité de contextes organisationnels.

Les établissements ont d'abord été contactés via leurs canaux institutionnels dédiés à la recherche. Les responsables de la recherche ont examiné l'objet de l'étude et transmis l'autorisation de solliciter les professionnels.

Ceux-ci ont ensuite été contactés par courriel institutionnel présentant l'objet de l'étude et les garanties de confidentialité, accompagné d'une carte d'invitation avec QR code donnant accès aux modalités pratiques de l'entretien (Annexe 2). Ils ont été informés de leur droit de ne pas participer et invités à confirmer leur accord par retour de courriel, avec une relance en l'absence de réponse.

Le représentant national a été sollicité par les canaux de communication officiels, avec l'appui d'une relance effectuée par une des promotrices.

Le ministère de la Santé, sollicité, n'a pas donné suite à la demande d'entretien mais a transmis une réponse écrite. Celle-ci est mobilisée à titre contextuel dans la discussion et n'a pas fait l'objet d'un codage.

2.4. Paramètres étudiés et outils de collecte des données

2.4.1. Paramètres étudiés

Les paramètres étudiés portaient sur les perceptions, représentations et expériences professionnelles des acteurs impliqués dans la prise en charge de l'IRC. Les thématiques explorées concernaient les besoins cliniques et organisationnels, les limites des pratiques actuelles, ainsi que les freins, les leviers, la plus-value et les conditions nécessaires à une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée.

2.4.2. Outils de collecte de données

Après réflexion avec les promotrices de l'étude, les entretiens semi-directifs individuels ont été privilégiés aux focus groups initialement prévus, pour limiter l'influence des rapports hiérarchiques sur l'expression des participants. Ils ont été menés auprès de l'ensemble des participants.

Le guide d'entretien, construit à partir des objectifs de l'étude, du cadre théorique et de la littérature, comportait des questions ouvertes avec relances organisées du général au spécifique. Il a été adapté selon les profils et a fait l'objet d'un pré-test auprès d'un interne et d'une infirmière. Les guides complets figurent en Annexe 3.

Les entretiens d'une durée de 35 à 70 minutes se sont déroulés entre mars et juillet 2026, en présentiel ou en visioconférence selon les disponibilités de chacun. Ils ont été conduits en français par la chercheuse principale, enregistrés avec un dictaphone après consentement oral et écrit, puis retranscrits intégralement.

2.5. Planification de la collecte des données

La collecte des données s'est déroulée de mars à juillet 2026. Cette planification est représentée sous forme de diagramme de Gantt en Annexe 4.

2.6. Traitement des données et méthodes d'analyses

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot à l'aide du logiciel Whisper, puis vérifiés par réécoute des enregistrements audio.

Un outil d'intelligence artificielle (IA) a été utilisé pour la reformulation, la vérification des références bibliographiques et la traduction de l'abstract. Les contenus produits ont été vérifiés par la chercheuse.

Une analyse thématique inductive a été menée en suivant les six phases proposées par Braun & Clarke (36) (Annexe 5). Le codage ouvert a été réalisé à l'aide du logiciel Taguette.

L'interprétation des données s'est appuyée sur la *Theory of Uncertainty in Illness* de Mishel (34). Elle a inspiré la formulation d'une question du guide d'entretien et éclairé l'interprétation

des résultats, sans constituer une grille de codage. Les thèmes ont été construits de manière inductive à partir des données.

Les résultats ont été structurés selon trois niveaux d'analyse et par catégories professionnelles correspondantes, représentés en figure 1 :

- Le **niveau micro**, qui correspond aux besoins liés à l'unité de soins et au patient : néphrologues (n=7) et responsables de service (n=3).
- Le **niveau méso**, qui englobe les besoins liés à l'organisation et à l'institution : coordinateurs (n=3) et directions (n=3).
- Le **niveau macro**, qui entoure les besoins liés au système de santé national : représentant national (n=1).

Ces niveaux s'influencent dans un sens comme dans l'autre.

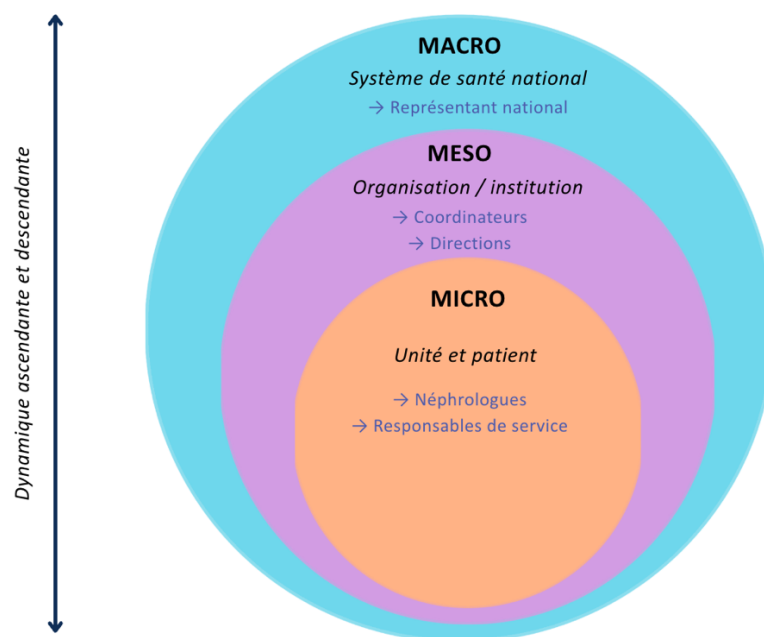


Figure 1. Niveaux d'analyse et positionnement des profils interrogés.

2.7. Critères de qualité

Le guide d'entretien, construit à partir des objectifs de l'étude, du cadre théorique et de la littérature, a gardé une cohérence des thématiques abordées entre les participants. Le recueil s'est poursuivi jusqu'à saturation des données, comme expliqué plus haut.

Les critères définis par Lincoln & Guba ont par ailleurs été mobilisés (37) :

- **Crédibilité** : triangulation des sources (cinq profils, deux établissements), confrontation des résultats à la littérature.
- **Transférabilité** : description détaillée du contexte luxembourgeois, de l'organisation des soins en néphrologie et du cadre réglementaire.
- **Fiabilité** : traçabilité des choix méthodologiques et des étapes d'analyse, transcription intégrale des entretiens et vérification par réécoute.
- **Confirmabilité** : posture réflexive de la chercheuse, tenue d'un codebook.

La conduite et la rédaction de cette recherche se sont appuyées sur la grille COREQ (*Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*) (38) (Annexe 6).

2.8. Aspects éthiques et réglementaires

Une demande de détermination du statut éthique a été adressée au Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (CEHFUL), l'étude relevant de l'Université de Liège, ainsi qu'au Comité National d'Éthique de Recherche (CNER) luxembourgeois. Ne comportant ni intervention thérapeutique, ni inclusion de patients, ni modification de la prise en charge, l'étude a relevé d'une procédure de non-soumission à une évaluation éthique complète. Les réponses des deux comités figurent en Annexe 7. Sur avis du CNER, les patients ont été exclus du protocole.

À la demande du même comité, des éléments de comparaison internationale (Annexe 8) et la mise en perspective du rôle infirmier luxembourgeois actuel avec la pratique infirmière avancée (Annexe 9) ont été ajoutés afin de situer le phénomène étudié dans un cadre européen et réglementaire, arrêté au 11 août 2026 (15–19,39–42).

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), chaque participant a reçu une information écrite et a signé un consentement éclairé. La participation était volontaire et pouvait être interrompue à tout moment. Les données ont été pseudonymisées dès la transcription, le fichier de correspondance étant conservé séparément et de manière sécurisée. Les enregistrements ont été supprimés après transcription et les données pseudonymisées sont conservées pour une durée maximale de dix-huit mois après la soutenance. Un plan de gestion des données a été complété conformément aux exigences

de l'Université de Liège. Les participants disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de leurs données.

Cette étude n'a bénéficié d'aucun financement.

3. Résultats

3.1. Présentation de la population

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques

Niveau d'analyse	Participant	Codage	Tranches d'âge	Sexe	Expérience professionnelle	Expérience en néphrologie	Institution
Micro	Néphrologue 01	N01	35-44	Masculin	6 - 10 ans	6 - 10 ans	A
	Néphrologue 02	N02	< 35	Masculin	6 - 10 ans	0-5 ans	A
	Néphrologue 03	N03	35 - 44	Masculin	11 - 20 ans	0-5 ans	B
	Néphrologue 04	N04	≥ 55	Masculin	> 20 ans	> 20 ans	A
	Néphrologue 05	N05	≥ 55	Masculin	> 20 ans	> 20 ans	A
	Néphrologue 06	N06	35 - 44	Masculin	11 - 20 ans	6-10 ans	A
	Néphrologue 07	N07	≥ 55	Masculin	> 20 ans	> 20 ans	A
	Responsable de service 01	RS01	45 - 54	Masculin	> 20 ans	11 - 20 ans	A
	Responsable de service 02	RS02	35 - 44	Féminin	11 - 20 ans	11 - 20 ans	A

Niveau d'analyse	Participant	Codage	Tranches d'âge	Sexe	Expérience professionnelle	Expérience en néphrologie	Institution
	Responsable de service 03	RS03	45 - 54	Féminin	> 20 ans	11 - 20 ans	B
Méso	Coordinateur 01	C01	45 - 54	Féminin	> 20 ans	> 20 ans	A
	Coordinateur 02	C02	45 - 54	Masculin	> 20 ans	6 - 10 ans	A
	Coordinateur 03	C03	≥ 55	Féminin	> 20 ans	> 20 ans	A
	Direction 01	D01	45 - 54	Féminin	> 20 ans	> 20 ans	B
	Direction 02	D02	45 - 54	Féminin	> 20 ans	11 - 20 ans	A
	Direction 03	D03	45 - 54	Féminin	> 20 ans	6 - 10 ans	B
Macro	Représentant national 01	RN01	≥ 55	Masculin	> 20 ans	Non applicable	C

La population étudiée, présentée dans le tableau 2, comprend 17 participants répartis selon leur profession et leur niveau d'analyse : 10 acteurs micro, 6 acteurs méso et un acteur macro.

Les participants sont majoritairement des hommes (10 sur 17) et se répartissent de moins de 35 ans à 55 ans et plus. La tranche d'âge la plus représentée est 45-54 ans.

Le nombre d'années d'expérience professionnelle, toutes fonctions confondues, se situe de 6-10 ans à plus de 20 ans, avec une prédominance de plus de 20 années d'expérience. Quant à l'expérience en néphrologie, le nombre d'années se situe de 0-5 ans à plus de 20 ans, avec une prédominance de plus de 20 années.

Les participants sont issus de trois institutions distinctes : deux établissements hospitaliers désignés par les lettres A et B, et une organisation nationale, par la lettre C. La majorité

provient de l'institution A, en raison du lien professionnel de la chercheuse avec cet établissement. Ce point est discuté dans les limites de l'étude.

3.2. Présentation des résultats

L'analyse thématique a mis en évidence cinq thèmes communs à l'ensemble des profils interrogés : **organisation du parcours de soins, évolution des pratiques infirmières, compréhension et valeur ajoutée de l'IPA, conditions de développement et perspectives d'évolution au Luxembourg.**

Chaque thème se décline en sous-thèmes propres à la position des profils dans le système de soins : les médecins et responsables de service l'abordent sous un angle clinique et opérationnel, centré sur le patient et l'unité de soins ; les coordinateurs sous un angle transversal, centré sur la coordination des parcours et l'interprofessionnalité ; les directions sous un angle institutionnel, centré sur la gouvernance et la qualité ; enfin, le représentant national l'aborde sous un angle systémique, centré sur la pérennité et le financement du système de santé national.

NB : Légende commune aux tableaux :

- **n** = nombre de participants dont le discours converge avec les sous-thèmes identifiés
- **N** = nombre total de participants du profil
- ***** = sous-thème spécifique à un profil
- ☆ = verbatim divergent au sein des sous-thèmes, participant néanmoins comptabilisé

a) Organisation du parcours de soins

Le parcours de soins fait l'objet d'une convergence de 15 participants sur 17, répartis sur l'ensemble des profils (tableau 3). Elle est complète chez les responsables de service (3/3) et les coordinateurs (3/3), et plus partielle chez les néphrologues (6/7) et les directions (2/3).

La majorité des participants reconnaît que le parcours est structuré mais chacun le décrit depuis sa position organisationnelle.

Les néphrologues décrivent un parcours organisé selon le stade de la maladie : les patients aux stades 1-2 sont suivis par les généralistes, puis par les néphrologues à partir des stades 3-4, et avec un suivi rapproché en dialyse pour le stade 5. Ils relèvent également des besoins insuffisamment couverts dans le parcours actuel, notamment sur les plans psychologique, diététique et éducatif, en lien avec des contraintes de financement.

Les responsables décrivent l'apport de la clinique de la maladie rénale avec une orientation vers les différentes modalités de traitement, y compris l'abstention. Cependant, l'un d'entre eux évoque l'absence d'une infirmière coordinatrice comme un point faible de ce parcours, exprimant un besoin d'organisation face à plusieurs interlocuteurs.

Les coordinateurs inscrivent le parcours dans une histoire de tentatives d'amélioration (chemin clinique, exemple de coordinatrices en oncologie) et dans un développement de conventions ville-hôpital en amont comme en aval.

Pour les directions, un parcours est décrit comme cohérent dans l'une des institutions, tandis qu'un fonctionnement encore cloisonné entre services est rapporté dans l'autre.

Enfin, le représentant national insiste sur le réseau de compétences avec une collaboration nécessaire en amont du parcours et une continuité du flux d'information.

La coordination est un aspect majoritairement évoqué, même si elle n'est pas définie de la même manière par tous les profils.

Tableau 3. Organisation du parcours de soins : sous-thèmes, verbatims et convergences

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Néphrologues	- Structuration du parcours - Limites et défis organisationnels - Coordination interprofessionnelle - Continuité des soins - Besoins cliniques non couverts	« En gros, ça dépend du stade de l'insuffisance rénale chronique. Les patients (...) CKD 1 ou 2 sont, pour la plupart, suivis par leur médecin généraliste (...). Les patients qui se classifient dans les classes CKD 3 ou 4 sont précocement suivis dans nos services de néphrologie ou en ambulatoire. Et puis les derniers, nos CKD 5, on les connaît très bien comme patients dialysés (...). »	N02	6/7
		« Les psychologues ne sont pas pris en charge par la CNS. La diététicienne aussi, ce n'est plus prévu pour les ambulatoires. Donc là, il y a vraiment des programmes qu'il faudra encore mieux fixer. »	N05	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Responsables de service	- Structuration du parcours de soins - Limites et défis organisationnels - Coordination interprofessionnelle - Continuité des soins	« Idéalement, on a le parcours avec la clinique de maladie de rein, une clinique de protection, prévention et préparation (...) on peut dispatcher les patients vers tous les traitements qu'on offre, inclus la DP, l'hémodialyse, la transplantation et aussi rien du tout de ça. »	RS01	3/3
		« C'est clairement le manque de cette infirmière coordinatrice. Parce que finalement, c'est plusieurs interlocuteurs. »	RS03	
Coordinateurs	- Structuration du parcours de soins - Coordination interprofessionnelle - Clarification des rôles*	« On est passé par différentes tentatives, comme le chemin clinique, qui était une tentative de structurer des parcours plutôt simples (...). Il y a eu des initiatives (...), avec des infirmières coordonnatrices des parcours d'oncologie. »	C02	3/3
		« On développe de plus en plus de conventions, que ce soit avec les généralistes en amont ou avec les soins à domicile aussi en aval, pour tout ce qui est transmission, continuité des soins. »	C01	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Directions	- Structuration du parcours de soins - Continuité des soins - Coordination interprofessionnelle	« On a quand même réussi aujourd’hui à faire en sorte d’avoir un parcours patient qui est cohérent (...), de suivre le patient tout au long de son parcours avec des services qui sont différents dans le cadre de la néphrologie mais qui travaillent vraiment en collaboration. »	D02	2/3
		« Les deux services travaillent ensemble en termes d’hébergement des patients (...) à ce moment-là, il y aura collaboration entre ces deux services, mais sinon ça fonctionne vraiment de manière séparée. »	D01 ☆	
Représentant national	- Structuration du parcours de soins - Coordination interprofessionnelle - Besoins cliniques non couverts	« Un réseau de compétences doit être la néphrologie (...) ça nécessite déjà une collaboration dès le départ (...) on a besoin du médecin de famille, du médecin généraliste. On a besoin des professionnels avant l’hospitalisation (...) il faut garantir que le flux de l’information soit garanti. »	RN01	1/1
Total n/N				15/17

b) Évolution des pratiques infirmières

Ce thème a été abordé par l'ensemble des participants, mais la convergence avec les sous-thèmes identifiés concerne 16 des 17 professionnels : néphrologues (7/7), responsables de service (3/3), coordinateurs (2/3), directions (3/3) et représentant national (1/1).

Les néphrologues et les responsables de service décrivent une autonomie infirmière déjà effective au quotidien mais délimitée. Les néphrologues situent cette limite du côté de la responsabilité médicale. La parole infirmière est tenue pour valable et oriente la décision médicale, sans que la responsabilité finale ne change. Ils décrivent cet équilibre comme satisfaisant. Les responsables de service portent une lecture différente sur cette même pratique. Ils relèvent l'absence de définition du rôle au Luxembourg et une autonomie qu'ils estiment insuffisante, tout en précisant son extension, notamment dans l'éducation thérapeutique et l'adaptation des paramètres de dialyse en cours de séance.

Les responsables et les coordinateurs convergent sur un point : des pratiques relevant de la pratique avancée s'exercent déjà, mais hors de tout cadre. Les responsables de service décrivent des décisions relevant formellement de la prescription médicale, prises sur la base de la confiance interprofessionnelle, tandis que les coordinateurs rapportent un niveau d'expertise atteint de manière informelle au sein des équipes. Les coordinateurs y ajoutent le développement d'une culture de recherche clinique, décrite comme restant à construire.

Les directions et le représentant national n'évoquent pas cette autonomie au sein des équipes soignantes. Ils formulent ce qui reste à construire : le passage d'un rôle d'exécution à un leadership clinique assumé, et la mise en place de formations qualifiantes reconnues, accompagnées de passerelles de carrière favorisant la motivation des jeunes diplômés.

Ces positions sont détaillées dans le tableau 4 ci-dessous.

Tableau 4. Évolution des pratiques infirmières : sous-thèmes, verbatims et convergences

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Néphrologues	- Rôle infirmier actuel - Autonomie et limites professionnelles	« Il y a une autonomie assez importante en dialyse, mais les infirmiers appellent aussi très rapidement pour tout problème (...). Je pense que c'est un bon équilibre. »	N03	7/7
		« Il y a totale liberté de fonctionnement de l'infirmière autant en dialyse qu'en néphrologie (...) quand on pose une question à une infirmière, ce qu'elle nous donne comme réponse, on la prend comme une réponse valable (...) Après, il y a toujours la question de responsabilité médicale qui est derrière. »	N04	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Responsables de service	- Rôle infirmier actuel - Autonomie et limites professionnelles - Expertises existantes - Développement des compétences avancées	« On prend des décisions qui, de base, c'est une prescription médicale (...) on prend cette liberté parce que, voilà, on connaît nos médecins (...) certes, par définition, on ne devrait pas le faire, du moins par définition actuelle de l'infirmière et du rôle infirmier au Luxembourg, je pense que ce n'est pas notre rôle. »	RS02	3/3
		« Essentiel, j'ai envie de le dire (...) je pense qu'effectivement il y a une possibilité encore de valoriser, d'améliorer justement le rôle infirmier, sachant que pour le moment rien n'est réellement défini en tout cas sur le Luxembourg, mais oui elle gagnerait à avoir un peu plus d'autonomie. »	RS03	
		« On a une grande autonomie. Ça veut dire déjà d'adapter les traitements (...) On a maintenant un beaucoup plus grand rôle dans l'éducation thérapeutique (...) on a une autre responsabilité là-dedans depuis quelques années. »	RS01	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Coordinateurs	- Expertises existantes - Développement des compétences avancées	« Je pense aussi un grand potentiel dans la recherche clinique, le domaine des soins, à faire (...) il y a un tout à créer encore. »	C02	2/3
	- Culture scientifique et recherche clinique*	« On a atteint d'une manière informelle un niveau d'expertise et des pratiques avancées quelque part au sein des équipes. »	C01	
Directions	- Développement des compétences avancées - Leadership clinique*	« (...) parce que si on s'est satisfait à un rôle restreint sans se mouiller et sans prendre des initiatives, c'est confortable, c'est sécuritaire, mais c'est pas un leadership clinique. »	D03	3/3
Représentant national	- Développement des compétences avancées - Formation qualifiante et perspectives de carrière*	« Il faut définir des formations qualifiantes qui sont reconnues au niveau national et puis international (...) Et il faut mettre en place des passerelles, qui permettent aussi l'évolution (...). J'ai besoin de savoir où sont les possibilités d'évolution. »	RN01	1/1
Total n/N				16/17

c) Compréhension et valeur ajoutée de l'IPA

Ce thème, figurant dans le tableau 5 ci-dessous, présente une convergence de 15 sur 17 participants. L'IPA est décrite comme une fonction de relais et de complémentarité, jamais comme une substitution au médecin.

Les néphrologues (6/7) définissent le rôle par le niveau d'expertise clinique et la spécialisation, associés à la coordination du suivi dans les pathologies chroniques. Ils situent la plus-value dans la préparation et la standardisation des suivis, ainsi que dans le double regard qu'apporte une consultation partagée. Leur compréhension reste toutefois inégale. Un néphrologue déclare ne pas connaître la fonction et ne pas distinguer l'IPA de l'infirmière spécialisée.

Les responsables de service (3/3) emploient des termes tels que « bras droit du médecin », infirmière qui anticipe, « pivot » au centre de l'équipe assurant le relais entre le patient, la famille, l'équipe et le médecin.

Les coordinateurs (2/3) situent l'apport de l'IPA du côté de la qualité des soins et de la définition de standards applicables à l'institution, plutôt que du soin direct.

Les directions (3/3) valorisent un rôle de case manager assurant le suivi du patient tout au long de son parcours. Une direction s'y oppose explicitement, estimant que la coordination du parcours relève du case management et non de la pratique avancée.

Le représentant national (1/1) reformule la valeur ajoutée en « création de valeur » pour le patient et pour la société, avec un financement fondé sur le parcours, notion qu'aucun autre profil ne verbalise.

Pour autant, deux participants font exception. Outre le néphrologue en retrait sur la compréhension du rôle, un coordinateur estime ne pas percevoir de plus-value clinique et situe l'apport des pratiques avancées dans la gestion transversale des parcours.

Aucun profil ne conteste l'utilité de la fonction IPA mais aucune représentation partagée de ses attributions ne se dégage.

Tableau 5. Compréhension et valeur ajoutée de l'IPA : sous-thèmes, verbatims et convergences

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Néphrologues	- Compréhension du rôle IPA - Valeur ajoutée patients et professionnels - Positionnement de l'IPA	« Je pense que c'est plus (...) pour créer un peu plus ce binôme médecin-infirmier dans ce domaine spécifique (...) d'être encore plus spécialisé là-dedans, d'avoir des tâches plus spécifiques qu'une infirmière normale et d'avoir aussi des compétences qui sont un peu plus larges qu'une infirmière qui n'a pas cette spécialisation. »	N01	6/7
		« Faire des suivis... prendre la part de l'éducation thérapeutique... faire un peu la coordination nécessaire aussi. »	N06	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Responsables de service	- Compréhension du rôle IPA - Valeur ajoutée patients et professionnels - Positionnement de l'IPA	« Un rôle quand même bien défini, qui est vraiment complémentaire et en relais aussi entre le médecin, l'équipe, la cadre également pour tout ce qui va être organisation (...) le pivot un petit peu qui va tourner au centre de l'équipe et qui va faire le relais de tout. Le patient, la famille, l'équipe, le médecin, les supports. »	RS03	3/3
		« Si je peux le dire comme ça, par des mots simples, c'est le bras droit du médecin. Pour moi, c'est l'infirmière justement qui anticipe, qui peut aussi faire office d'assistante (...) prendre certaines libertés sans forcément que le médecin soit là (...) parce que tu as des connaissances et des compétences plus avancées qu'une infirmière lambda. »	RS02	
Coordinateurs	- Compréhension du rôle IPA - Valeur ajoutée patients et professionnels - Expertise clinique et qualité des soins - Leadership clinique*	« Ça devrait graviter autour du développement de la qualité des soins (...) et de définition des standards. »	C02	2/3

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Directions	- Compréhension du rôle IPA - Valeur ajoutée patients et professionnels - Expertise clinique et qualité des soins - Coordination et optimisation du parcours*	« Pour moi, elles doivent être là dès le départ (...) C'est un peu pour moi un rôle de case manager qui va suivre le patient tout au long de sa maladie. »	D02	3/3
		« Attention, ne faites pas concurrence au case manager. Ce n'est pas de la pratique avancée (...) pas besoin de pratique avancée. »	D03 ☆	
Représentant national	- Compréhension du rôle IPA - Valeur ajoutée patients et professionnels - Efficience et création de valeur*	« Je suis un adepte d'un système de financement qui est basé sur la création de valeur (...). quelle est la création de valeur pour le patient ? »	RN01	1/1
Total n/N				15/17

d) Conditions de développement

Cette partie présente une convergence élevée (n=14/17). L'absence de cadre légal est identifiée comme le frein majeur par l'ensemble des profils, le financement venant en second. Ces résultats figurent dans le tableau 6 ci-dessous.

Les néphrologues présentent la convergence la plus faible sur ce thème (4/7). Leurs propos portent sur le rattachement hiérarchique de l'IPA : direction médicale, infirmière ou binomiale, sans que la nécessité d'un cadre soit remise en cause. L'un d'eux situe l'obstacle non dans l'absence de texte de loi mais dans la responsabilité juridique engagée par la signature. Un autre relève que l'écart avec les pays voisins tient également au statut et à la rémunération.

Les responsables de service (3/3) convergent sur le cadre légal et l'acceptabilité médicale, et introduisent deux éléments propres. L'un distingue le cadre légal du cadre organisationnel, et juge nécessaire de définir en interne à quel moment recourir à l'IPA plutôt qu'au médecin, avec une phase de test préalable. Un autre soulève un risque que personne d'autre ne mentionne : à trop concentrer les compétences sur quelques professionnels, les autres soignants risquent de perdre les leurs. Les leviers évoqués sont une demande d'équivalents temps plein, une reconnaissance statutaire et une rémunération.

Les coordinateurs (3/3) décrivent un risque de frustration chez les professionnels formés, en lien avec l'absence de reconnaissance et de temps dédié, et demandent une clarification des missions ainsi qu'une vision explicite de la direction.

Les directions (3/3) décrivent des situations où des compétences relevant de la pratique avancée sont déjà exercées. Dans un établissement, des professionnels présentés comme IPA occupent un poste sans mobiliser l'ensemble de leurs compétences. Dans l'autre, une infirmière formée à l'étranger est désignée comme exerçant une fonction proche, sans que ce statut corresponde au cadre réglementaire des pays voisins.

Face au même constat juridique, deux positions distinctes s'expriment au niveau des directions. L'une est attentiste : en l'absence d'ouverture au dialogue au niveau national, l'institution renonce à définir les conditions d'exercice et investit d'autres priorités. L'autre est proactive : la direction se déclare partie prenante et entend faire évoluer les profils de poste

malgré le caractère bloquant du cadre légal. Un levier indépendant du cadre légal est également identifié : les référentiels de certification commencent à requérir la présence d'IPA. Une direction identifie enfin un frein d'un autre ordre, l'image de la profession infirmière, qu'elle juge peu compatible avec un rôle avancé.

De plus, la conduite du changement est jugée déterminante. L'introduction du rôle doit être progressive et concertée en amont avec les responsables médicaux de la spécialité, mais le conflit est d'abord intra-professionnel. En effet, l'arrivée d'une IPA auprès d'un case manager exerçant de longue date est décrite comme un risque de heurt entre fonctions soignantes.

Le représentant national (1/1) situe le frein majeur non dans le droit mais dans l'acceptation politique, la loi devant suivre l'accord des décideurs.

Tableau 6. Conditions de développement : sous-thèmes, verbatims et convergences

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Néphrologues	- Cadre légal et réglementaire - Reconnaissance institutionnelle - Responsabilité juridique* - Rattachement hiérarchique* - Formation*	« Dans plein de choses au Luxembourg, il n’y a juste pas de cadre légal ou il y a plein de choses qui ne sont pas définies par la loi, qui le sont en Belgique, par exemple, pour le statut des infirmières de dialyse péritonéale (...) qui ont un statut dans l’hôpital qui est différent et une rémunération qui est différente. »	N03	4/7
		« L’ordonnance, c’est rien du tout. C’est la signature de l’ordonnance qui est la plus importante. Parce que c’est la signature qui engage la responsabilité. À partir du moment où il y a une signature, c’est comme un contrat, de dire que vous mettez votre responsabilité en jeu. »	N04	
		« Là, on arrive à un point où elle devrait être sous une direction binomiale (...) ce n'est pas l'un, ce n'est pas l'autre seul, c'est les deux ensembles. »	N07	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Responsables de service	- Cadre légal et réglementaire - Reconnaissance institutionnelle - Conduite et accompagnement du changement - Cadre organisationnel interne* - Risque de perte de compétences des équipes*	« Vu que pour le moment, il n'y a pas de loi qui encadre ce rôle, il peut y avoir ce frein-là par exemple. Après, ça peut être aussi l'acceptabilité éventuellement d'un point de vue médical, d'un point de vue infirmière. »	RS02	3/3
		« Les limites, on a déjà par la loi. Les limites sont là. Donc, on ne peut pas concentrer tous sur une, deux, trois personnes parce que je veux quand même que les autres soignants ne perdent pas leurs compétences. »	RS01	
Coordinateurs	- Cadre légal et réglementaire - Reconnaissance institutionnelle - Conduite et accompagnement du changement - Risque de frustration des professionnels formés*	« Tant qu'on n'a pas le cadre (...) tu n'as pas de reconnaissance derrière, tu n'as pas de temps dédié. J'ai peur qu'on génère plus de frustration que de bien. »	C01	3/3
		« Il faut une vision claire de la direction qui établisse la manière de travailler (...) une communication, une définition des rôles et des missions (...) et d'avoir des objectifs clairs. »	C03	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Directions	- Cadre légal et réglementaire - Reconnaissance institutionnelle - Conduite et accompagnement du changement - Gouvernance et soutien organisationnel* - Image de la profession*	« Aujourd’hui, l’infirmière en soins généraux (...) est mise quand même à un niveau coiffeur. Pour les pratiques avancées, qui se rapproche du médecin, c’est un décalage. Donc il faut déjà réduire ses écarts et positionner cette infirmière comme un agent prioritaire dans les prises en charge, ce qui n’est pas fait aujourd’hui (...) Ça pour moi c’est un gros volet qui risquera de freiner. » « L’implémentation de l’IPA doit se faire en toute douceur parce que sinon vous avez un clash des professions. »	D03	3/3
		« Le problème est là, ce n’est pas qu’on n’a pas réfléchi, qu’on ne veut pas (...) s’il n’y a pas du tout d’ouverture au dialogue au niveau national, on fait d’autres combats. On ne va pas imaginer les choses. »	D01 ☆	
		« Moi j’aimerais vraiment qu’on arrive à vous dégager des équipes et à vous mettre en tant qu’infirmière en pratique avancée malgré le fait d’avoir un cadre légal qui est bloquant. Au niveau direction, nous on est parti prenante, donc je vois pas pourquoi on le ferait pas. »	D02	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Représentant national	- Cadre légal et réglementaire - Reconnaissance institutionnelle - Conduite et accompagnement du changement - Conditions structurelles*	« Ce n'est même pas le cadre légal qui est le frein majeur. Je crois que le vrai majeur est dans l'acceptance, je dirais, des politiques. »	RN01	1/1
Total n/N				14/17

e) Perspectives d'évolution au Luxembourg

Ce thème est celui où la convergence est la plus faible (n=13/17). Les participants qui l'abordent décrivent une évolution progressive plutôt qu'une rupture, dont la nécessité est justifiée par des arguments variant selon les profils. Ces résultats figurent dans le tableau 7 ci-dessous.

Les néphrologues (4/7) fondent leur analyse sur l'évolution de la discipline elle-même. Les nouveaux médicaments ayant ralenti la progression des maladies rénales, la file active ambulatoire s'accroît et le besoin en compétences infirmières augmente, l'un d'eux allant jusqu'à chiffrer le besoin en postes supplémentaires. Sur la trajectoire à suivre, ils décrivent une stratégie d'importation et d'adaptation : analyser les systèmes limitrophes, retenir ce qui y fonctionne et construire un modèle luxembourgeois, condition qu'ils jugent nécessaire à son acceptation nationale. L'un d'eux souligne toutefois que l'adhésion demeure inégale au sein du corps médical, ce qui freine la dynamique.

Les responsables de service (3/3) mobilisent d'autres arguments : la pénurie médicale et la charge de travail infirmière. L'évolution est décrite comme inéluctable mais lente.

Les coordinateurs (2/3) envisagent le déploiement de façon opérationnelle, projet par projet et par thématique fédératrice. Ils observent par ailleurs une envie croissante des professionnels pour les fonctions transversales.

Les directions (3/3) inscrivent l'évolution dans une continuité plutôt que dans une création. Des compétences relevant de la pratique avancée s'exerçant déjà, le cadre légal viendrait reconnaître des tâches réalisées plutôt qu'instaurer une nouvelle pratique. Une direction décrit une professionnelle présentée comme IPA déjà installée en hémodialyse, dont la présence bénéficie selon elle aux équipes comme aux patients et aux médecins. Une autre tempère néanmoins le calendrier : il faudrait d'abord clarifier les formations infirmières existantes avant d'y ajouter l'IPA.

Le représentant national (1/1) inscrit cette évolution dans une perspective systémique : les projections du plan national santé prévoient le recrutement de 4 000 infirmiers d'ici 2030, et l'adaptation des métiers est présentée comme un levier de pérennité du système de santé.

Tableau 7. Perspectives d'évolution au Luxembourg : sous-thèmes, verbatims et convergences

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Néphrologues	- Déploiement progressif - Vision stratégique - Évolution de la néphrologie* - Transposition au contexte luxembourgeois*	« Il y a aussi maintenant les nouveaux médicaments (...) qui font que beaucoup de ces maladies rénales, on a ralenti la progression (...) Il y aura un moment où une infirmière ou deux ne suffiront plus. Il leur faudra trois ou quatre. »	N07	4/7
		« Je pense que c'est quelque chose où on pourrait aussi être très innovateur à Luxembourg (...) je pense que c'est des beaux projets, en tout cas. Et ils sont faisables (...) On a des patients et c'est faisable. On a des compétences. »	N05	
		« Jusqu'à présent, on a souvent vu qu'on peut quand même analyser les systèmes limitrophes et voir qu'ils le font déjà depuis 10 ans (...). On peut déjà dire qu'on prend les choses qui vont bien chez tout le monde et on fait le nôtre (...) mais à la fin ça serait la meilleure des choses aussi pour être accepté (...). Donc moi je crois que ce serait toujours la meilleure des choses de le faire ici.	N06	
		« Il y a des médecins qui sont pour, des médecins qui sont contre et c'est ça aussi qui fait que ça freine un peu. »	N03 ☆	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Responsables de service	- Déploiement progressif - Vision stratégique - Pénurie médicale et charge de travail*	« Je pense qu'il y a besoin parce qu'il y a de moins en moins de médecins. Et le travail des infirmières est quand même assez conséquent. »	RS02	3/3
		« C'est quand même quelque chose dont on entend parler de plus en plus, donc je pense que dans l'inconscient collectif, à un moment donné, ça va arriver (...) dans l'avenir on n'y coupera pas, si on peut dire ça comme ça. Après on sait que l'évolution est toujours un peu plus lente. »	RS03	
Coordinateurs	- Déploiement progressif - Vision stratégique - Harmonisation des pratiques*	« J'aurais tendance à le considérer comme un projet en fonction de la thématique (...) de fédérer les gens autour de la thématique. »	C02	2/3
		« Je pense qu'on va en avoir de plus en plus besoin (...) il y a beaucoup de candidatures (...) Donc, on voit bien qu'il y a vraiment une ouverture, une volonté comme ça d'aller vers ces postes plus transversaux. »	C01	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Directions	- Déploiement progressif - Vision stratégique - Reconnaissance des pratiques existantes*	« Pour moi c'est un besoin, c'est essentiel. Aujourd'hui on arrive à un stade où on ne peut plus se contenter d'avoir des infirmières DE qui vont s'informer sur la spécialité. On se rend compte qu'on a déjà eu maintenant une infirmière en pratique avancée qui est installée en hémodialyse. On se rend compte que ça aide aussi bien les équipes que les patients, que les médecins. On est dans la nouvelle ère, il faut absolument aller dans ce sens-là. »	D02	3/3
		« On a déjà ceux qui sortent des lycées techniques. On a ceux qui vont sortir des universités. Et on a ceux qui viennent de France, de Belgique. On met tout ça, tout ce beau monde où ? Donc il y aura, à mon avis, encore des réformes avant d'arriver à l'IPA au Luxembourg. »	D01	
		« Ça serait génial ! ça ferait en sorte déjà de légiférer certaines tâches qui sont déjà faites aujourd'hui qui ne rentrent pas à 100 % dans les textes »	D03	

Profil	Sous-thèmes	Verbatims	Participant	Convergence (n/N)
Représentant national	- Déploiement progressif - Vision stratégique - Pérennité du système de santé*	« On parle qu'on devra recruter, si on parle d'infirmiers, jusqu'en 2030, 4000 infirmiers au Luxembourg (...) l'adaptation des métiers et des compétences des professionnels de santé est un levier essentiel pour garantir la pérennité et l'efficacité du système de santé. »	RN01	1/1
Total n/N				13/17

4. Discussion

Cette étude a été menée afin de recueillir les perceptions des professionnels de santé, selon leur position dans l'organisation des soins, sur l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg, en l'absence de cadre légal. La théorie de l'incertitude dans la maladie, développée par Mishel en 1988 (34), transposée au contexte professionnel et organisationnel, sert de cadre interprétatif aux résultats.

Quatre axes se dégagent ensuite de la confrontation des résultats à la littérature : l'adhésion selon la position occupée, le déplacement du frein juridique vers le politique, l'ambiguïté du positionnement hiérarchique et la confusion entre pratique avancée et case management. Ces axes convergent vers un constat unique, synthétisé en figure 2 : celui d'une pratique avancée déjà existante, sans reconnaissance formelle.

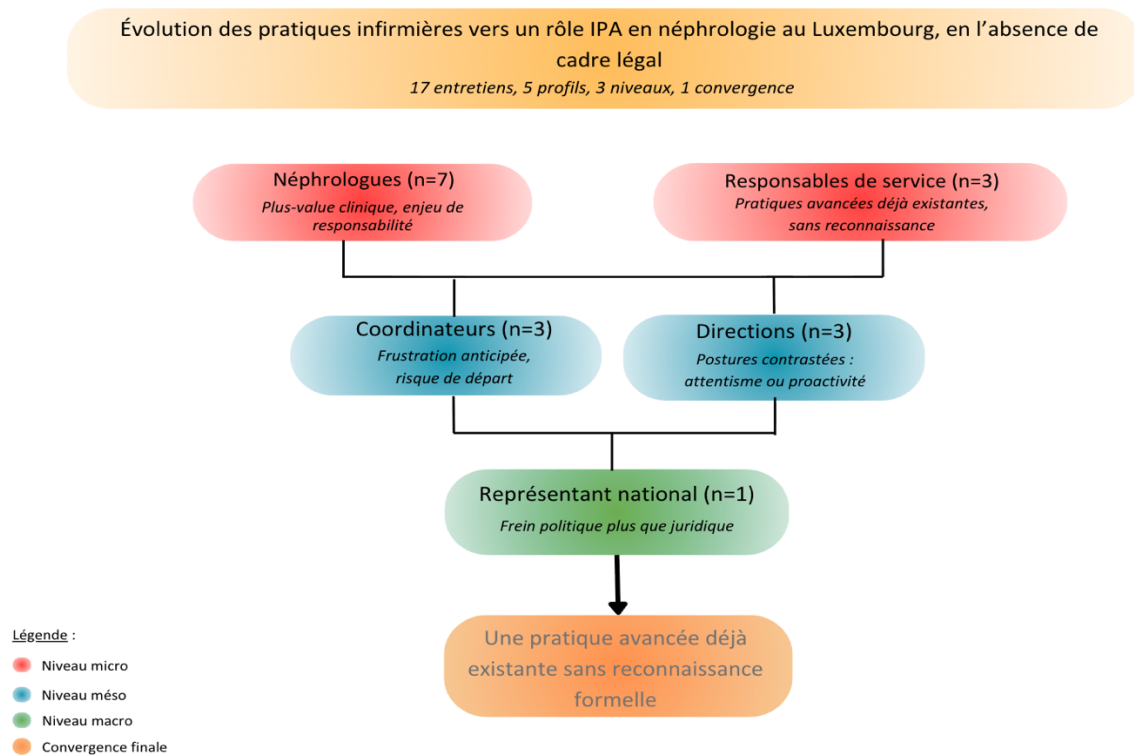


Figure 2. Analyse multi-niveaux : du terrain vers le national.

4.1. La théorie de l'incertitude appliquée au contexte professionnel

La *Theory of Uncertainty in Illness* a été conçue pour comprendre l'incertitude vécue par le patient face à une maladie dont il ne peut interpréter les signes ni prévoir l'évolution. Le

modèle décrit un enchaînement en quatre temps : des antécédents déterminent le degré d'incertitude ressenti ; cette incertitude fait l'objet d'une évaluation, comme danger ou comme opportunité ; cette évaluation oriente les stratégies d'adaptation mobilisées ; et leur efficacité conduit, ou non, à un état d'adaptation.

Cette théorie a été transposée au vécu des professionnels face à une situation sans précédent, sans repères et sans réglementation. La transposition conserve la structure du modèle sans s'appliquer de la même manière qu'à un patient malade. Elle aide à repérer et à organiser ce qui apparaît dans les données, sans expliquer le comportement des participants ni permettre de le prédire. Certains concepts n'ont pas d'équivalents et ont été écartés : *cognitive capacities* et *symptom pattern* renvoient à un état corporel non transposable, et il n'y a aucune correspondance à *illusion* dans les données. Mishel décrit un processus mental individuel, or sa transposition au niveau professionnel et organisationnel est assumée comme une extension du modèle. Les correspondances sont directes, sauf pour la ligne « adaptation » qui repose sur une lecture plus interprétative.

C'est au niveau de l'évaluation que le modèle éclaire le mieux les résultats. Une même incertitude peut conduire à deux issues selon la lecture qui en est faite : perçue comme un danger, elle appelle des stratégies tampons (*buffering strategies*) où l'on attend et où l'on évite ; perçue comme une opportunité, elle appelle des stratégies mobilisatrices (*mobilizing strategies*) où elle conduit à agir. Les deux postures institutionnelles documentées dans cette étude correspondent à ces deux voies. La direction attentiste, qui suspend toute définition des conditions d'exercice tant que le niveau national ne s'est pas prononcé, relève des stratégies tampons. La direction proactive, qui fait évoluer les profils de poste sans attendre de cadre légal, relève des stratégies mobilisatrices. La divergence ne vient donc pas du constat juridique, identique pour les deux établissements, mais de son évaluation : le même vide est lu comme un danger d'un côté, et une opportunité de l'autre. Cette transposition est présentée dans le tableau 8.

Tableau 8. Transposition des concepts de la théorie de l'incertitude dans la maladie (Mishel, 1988) au contexte professionnel et organisationnel étudié.

Concepts de la théorie de Mishel (Patient)		Transposition aux professionnels et à l'organisation
Antecedents of uncertainty		
I. Cognitive capacities		
Capacité de traitement de l'information au moment de l'événement, pouvant être réduite par la douleur, la fatigue ou la médication.		/
II. Stimuli frame		
Symptom pattern	Degré auquel les symptômes présentent une configuration suffisamment cohérente pour faire sens.	/
Event familiarity	La situation est-elle connue, répétitive ?	⇒ Aucun précédent d'IPA au Luxembourg : situation inédite pour tous les profils.
Event congruency	Écart entre l'attendu et le vécu.	⇒ Écart entre le rôle décrit dans la littérature internationale et ce qui est réalisable sans cadre légal.

III. Structure providers		
Credible authority	Ressources telles que les équipes de soins de santé.	⇒ Cadre légal absent.
Social support	Ressources comme les membres de la famille.	⇒ Soutien institutionnel variable.
Education	Système de soutien à l'éducation de la maladie.	⇒ Formation inexistante dans le pays.
Uncertainty		
Inference	Interprétation de la situation à partir d'expériences antérieures (mécanisme d'évaluation).	⇒ Modèle d'importation et d'adaptation inspiré des pays limitrophes.
Illusion	Construction d'une lecture optimiste de la situation en réponse à l'incertitude.	/
Appraisal		
Danger	Évaluation de l'incertitude comme menace potentielle	⇒ Risque de frustration des professionnels exerçant sans cadre légal. ⇒ Heurt entre fonctions existantes.

Opportunity	Évaluation de l'incertitude comme ouverture ou possibilité favorable	⇒ Acceptabilité du rôle par les médecins ⇒ IPA coordinatrice en réponse au manque et au besoin ⇒ Réponses au besoin du système de santé ⇒ Source de motivation pour les jeunes diplômés ⇒ Personne ressource pour les patients
Coping		
Mobilizing strategies	Action directe, recherche d'information, vigilance.	⇒ Commencer sans cadre légal (posture proactive) ⇒ Importation sélective des modèles voisins et construction d'un modèle national.
Buffering strategies	Stratégies visant à maintenir l'incertitude ou à en différer l'évaluation.	⇒ Posture attentiste ⇒ Absence de prise de décisions
Adaptation		
État d'équilibre biopsychosocial atteint lorsque les stratégies de coping ont été efficaces.		⇒ Utilité du rôle non contestée avec réserves de périmètre ⇒ Conditions de déploiement envisagées ⇒ Plus-value reconnue

4.2. Quatre axes issus de la confrontation à la littérature

4.2.1. L'adhésion selon la position occupée

La littérature décrit la faisabilité du rôle comme reposant sur un transfert progressif de compétences du médecin vers l'infirmier, des réformes professionnelles et universitaires favorisant l'intégration dans les équipes, et une reconnaissance institutionnelle (17,18,43). Autrement dit, un processus organisé depuis le niveau macro. Dans cette étude, les acteurs du terrain décrivent une autonomie déjà existante, tandis que les profils plus éloignés du soin direct évoquent un potentiel à construire : recherche clinique, leadership, formations qualifiantes. La définition du rôle varie de l'expertise clinique à la création de valeur. Les données montrent que le mouvement s'opère déjà par le niveau micro, sans décision ni cadre. L'écart entre profils ne porte pas sur l'adhésion au principe mais sur la temporalité : le terrain décrit un état, l'institution un projet. Le besoin, lui, est décrit de la même manière à tous les niveaux, y compris sur les dimensions psychologique et diététique aujourd'hui non couvertes (5–7).

4.2.2. Le déplacement du frein juridique vers le politique

La littérature place le cadre réglementaire parmi les conditions premières de faisabilité et de pérennité (18,43). Une densité médicale inférieure à la moyenne européenne et l'absence de planification stratégique des ressources humaines en santé sont constatées dans la littérature (31–33). La majorité des participants identifie effectivement l'absence de cadre légal comme frein majeur et le financement en second. Le représentant national parle davantage d'un frein politique que juridique : la loi suit l'accord des décideurs. Dans le cadre de cette étude, une sollicitation adressée au ministère de la Santé a donné lieu à une réponse confirmant l'absence de réglementation spécifique, des travaux de réflexion sur le sujet, et l'impossibilité de communiquer à ce stade une position officielle. Ces travaux prévoient un état des lieux des besoins et une comparaison des modèles étrangers en vue de définir un modèle adapté au Luxembourg. Cette démarche rejoint la stratégie d'importation-adaptation formulée par deux néphrologues et la liste d'acteurs qu'une direction estime nécessaire d'associer à une réflexion nationale. Terrain et acteurs nationaux décrivent donc, chacun de leur côté, la même méthode. Là où la littérature place le cadre réglementaire en premier, les professionnels interrogés le placent après la décision politique. C'est exactement face à ce constat que les

directions adoptent des stratégies opposées : attentiste et proactive, selon les deux voies d'évaluation (tableau 8). Cette lecture s'est confirmée après la collecte. La révision du cadre légal de la profession infirmière, adoptée le 14 juillet 2026, écarte la pratique avancée : deux motions, portant respectivement sur la réouverture du dossier du cadre légal et sur la prescription infirmière, ont été rejetées le jour même (40,44–46). Une troisième, adoptée, prévoit un groupe de travail et un nouveau projet de loi d'ici l'automne 2026 (47).

4.2.3. L'ambiguïté du positionnement hiérarchique

La littérature souligne l'incertitude persistante quant à la répartition des rôles au sein des équipes (10,48). En réponse, la France, les Pays-Bas et la Belgique ont reconnu réglementairement la pratique avancée infirmière ou expérimenté des fonctions élargies selon des cadres juridiques variables (17,19–22). Cette étude fait apparaître un désaccord entre néphrologues concernant le rattachement de l'IPA (direction médicale, infirmière ou binomiale), sans remise en question de la fonction. Pour l'un d'eux, l'obstacle n'est pas le texte de loi mais la responsabilité qu'engage la signature ; un autre relie l'écart avec les pays voisins au statut et à la rémunération qui en découlent. La parole infirmière oriente la décision médicale, mais la responsabilité finale reste au médecin. Le désaccord porte donc sur qui assume le risque, non sur qui réalise l'acte. Alors que la littérature signale une incertitude sur la répartition des rôles, cette étude en localise la source dans le rattachement et la responsabilité juridique. Autrement dit, préciser ce que l'IPA peut faire ne règle rien tant que l'on n'a pas dit qui en répond. La loi du 27 juillet 2026 illustre ce constat : elle précise les actes infirmiers en trois catégories définies non par leur nature, mais par le degré de supervision médicale requis (40).

4.2.4. La confusion IPA, spécialisations et case management

La littérature indique que certains rôles de *navigateurs de patients* (*patient navigators*) partagent des missions proches de celles des IPA : accompagnement personnalisé, continuité du suivi, fluidification de la transition vers la dialyse ou la greffe rénale (29,30), et que l'intégration des IPA favorise la continuité et la coordination des parcours (2,23,24,28). Dans cette étude, le rôle de case manager est valorisé, mais un risque de confusion est soulevé : une direction estime que l'éducation thérapeutique et la coordination du parcours relèveraient du case management et non de la pratique avancée. Cette confusion peut

entraîner un heurt avec des fonctions soignantes déjà en poste ; c'est pourquoi l'introduction de l'IPA devra être progressive. Le manque d'une infirmière coordinatrice dans le parcours patient est par ailleurs relevé. Cette étude complète la littérature. En effet, cette dernière aborde cette question sous l'angle de la complémentarité, alors que les données montrent qu'au Luxembourg, en l'absence de cadre légal, la question devient celle de la répartition des missions entre fonctions soignantes, source de conflit intra-professionnel que la littérature consultée n'aborde pas. Cette imprécision ne concerne pas seulement le case management : un néphrologue déclare ne pas distinguer l'IPA de l'infirmière spécialisée, et elle s'observe jusque dans la désignation du rôle : des professionnels sont qualifiés d'IPA sans que leur formation ou leurs missions correspondent au cadre défini dans les pays voisins. En l'absence de définition réglementaire, le titre circule sans référentiel commun.

Ces quatre axes convergent vers un constat unique. Les données disponibles restent limitées en Europe, en particulier dans les pays dépourvus de cadre légal spécifique (43). Cette étude montre que des professionnelles désignées comme IPA exercent dans les deux établissements sous un autre statut, sans mobiliser l'ensemble de leurs compétences. Des décisions sont prises sur la base de la confiance interprofessionnelle, et un niveau d'expertise est décrit comme atteint de manière informelle au sein des équipes. Le cadre légal, une fois posé, viendrait reconnaître des tâches déjà réalisées plutôt que créer une nouvelle pratique. Certaines composantes de la pratique avancée sont déjà présentes dans les pratiques professionnelles, sans reconnaissance formelle ni définition commune. Son existence informelle témoigne d'un besoin fonctionnel auquel le système répond sans le nommer.

5. Forces et limites de l'étude

La force de cette étude se trouve dans son originalité : l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle IPA au Luxembourg n'a pas encore été étudiée.

La diversité des profils, couvrant les niveaux micro, méso et macro, a permis de comparer les positions selon la place occupée dans l'organisation des soins. Les divergences ont été traitées et signalées afin de rendre visibles les positions minoritaires.

Enfin, le choix de mobiliser un cadre théorique rarement utilisé dans ce contexte, la théorie de l'incertitude de Mishel, et de le transposer constitue un apport heuristique : lire l'incertitude de rôle et non les seules conditions de son implantation.

En ce qui concerne les limites, les professionnels ont participé à l'étude sur base de volontariat et leurs réponses ont pu être biaisées par l'intérêt qu'ils portaient au sujet, ainsi que par la double position de la chercheuse. Par ailleurs, la majorité des participants provient d'un même établissement, ce qui peut sur-représenter une culture organisationnelle. De plus, deux établissements sur les quatre du pays ont fait l'objet de cette étude.

La non-participation de certains professionnels sollicités et l'absence d'entretien avec le ministère de la Santé ont pu limiter la portée des résultats.

Le personnel infirmier n'a pas été interrogé, ce qui limite le regard à ceux qui observent la pratique, et non de ceux qui l'exercent.

Enfin, l'absence de la perception des patients constitue une limite importante au regard de leur place centrale dans la fonction IPA.

6. Perspectives

Deux perspectives permettraient de compléter le regard porté dans l'étude. La perception des patients, qui n'a pas pu être recueillie, mériterait d'être intégrée au vu de leur place centrale dans la fonction IPA. Cette étude, menée en néphrologie, pourrait être reproduite dans d'autres spécialités, afin d'observer si les mêmes tensions existent ou si elles tiennent aux particularités de ce domaine.

D'autres pistes se dégagent des résultats. Le frein étant davantage politique que juridique, une recherche menée directement auprès des décideurs éclairerait ce qui retient aujourd'hui la décision. La question du rattachement hiérarchique de l'IPA mériterait également un travail spécifique, dont dépend l'autonomie réelle du rôle.

Sur le plan politique, la fonction IPA existant déjà sur le terrain sans y être nommée, les autorités nationales gagneraient à ouvrir une réflexion sur ce rôle afin de le reconnaître et de le valoriser.

Enfin, une restitution des résultats aux participants est envisagée à l'issue de ce travail.

7. Conclusion

À la question de recherche « *comment l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie est-elle perçue et envisagée au Luxembourg, en l'absence de*

cadre légal ? », l'étude montre que l'ensemble des profils reconnaît un besoin d'évolution, motivé par la pénurie médicale, l'accroissement du nombre de patients atteints d'IRC et les besoins en éducation thérapeutique et en coordination. Cette reconnaissance s'accompagne toutefois de conditions : expliquer le rôle, en poser les limites, procéder progressivement et ne pas empiéter sur le territoire des autres fonctions soignantes.

Le principal apport de ce travail est le renversement de la question : des fonctions proches de celles de l'IPA existent déjà sur le terrain sans être nommées ni valorisées. Un cadre légal permettrait de reconnaître des pratiques déjà réalisées plutôt que d'en créer une nouvelle.

Cette étude met par ailleurs en évidence une dynamique ascendante. Les ajustements se sont opérés aux niveaux micro et méso, à l'initiative du terrain, alors que la littérature décrit habituellement une implantation portée par le niveau macro. Si un cadre légal venait à voir le jour, ce travail constituerait un état des lieux de la situation en son absence, et permettrait d'observer ce que la reconnaissance formelle transforme réellement dans les pratiques.

Cette situation n'est pas sans risque. En l'absence de statut et de rémunération correspondants, les professionnels formés s'exposent à une frustration susceptible de les conduire à exercer ailleurs. À l'inverse, la reconnaissance de ce rôle ouvrirait une perspective d'évolution au sein de la profession infirmière, dans un contexte où les possibilités de progression restent limitées. La question n'est donc pas de savoir s'il faut créer ce rôle, mais si l'on parviendra à garder ceux qui l'exercent déjà.

8. Conflits d'intérêt

L'équipe de recherche déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

9. Bibliographie

1. Arooj H, Aman M, Hashmi MU, Nasir Z, Zahid M, Abbas J, et al. The impact of nurse-led care in chronic kidney disease management: a systematic review and meta-analysis. BMC Nurs. 18 févr 2025;24(1):188. doi:10.1186/s12912-025-02829-z
2. McCrory G, Patton D, Moore Z, O'Connor T, Nugent L. The impact of advanced nurse practitioners on patient outcomes in chronic kidney disease: A systematic review. J Ren Care. déc 2018;44(4):197-209. doi:10.1111/jorc.12245 PubMed PMID: 29888444.
3. Gandjour A, Armsen W, Wehmeyer W, Multmeier J, Tschulena U. Costs of patients with chronic kidney disease in Germany. PLOS ONE. 24 avr 2020;15(4):e0231375. doi:10.1371/journal.pone.0231375
4. Blotière PO, Tuppin P, Weill A, Ricordeau P, Allemand H. [The cost of dialysis and kidney transplantation in France in 2007, impact of an increase of peritoneal dialysis and transplantation]. Nephrol Ther. juill 2010;6(4):240-7. doi:10.1016/j.nephro.2010.04.005 PubMed PMID: 20554257.
5. Fletcher BR, Damery S, Aiyegbusi OL, Anderson N, Calvert M, Cockwell P, et al. Symptom burden and health-related quality of life in chronic kidney disease: A global systematic review and meta-analysis. PLoS Med. 6 avr 2022;19(4):e1003954. doi:10.1371/journal.pmed.1003954 PubMed PMID: 35385471; PubMed Central PMCID: PMC8985967.
6. Mancin S, Palomares SM, Sguanci M, Palmisano A, Gazineo D, Parozzi M, et al. Relational skills of nephrology and dialysis nurses in clinical care settings: A scoping review and stakeholder consultation. Nurse Educ Pract. 1 janv 2025;82:104229. doi:10.1016/j.nepr.2024.104229
7. Tong A, Sainsbury P, Chadban S, Walker RG, Harris DC, Carter SM, et al. Patients' experiences and perspectives of living with CKD. Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found. avr 2009;53(4):689-700. doi:10.1053/j.ajkd.2008.10.050 PubMed PMID: 19216015.
8. Bennett P, Warren M, Aydin Z, Beige J, Bowes E, Cheung M, et al. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Workshop on the Nurse's Role in Managing the Symptoms of People Receiving Dialysis. Kidney Int Rep. 1 févr 2025;10(2):313-20. doi:10.1016/j.ekir.2024.11.029

9. Gazaway S, Gutierrez O, Wells R, Nix-Parker T, Lyas C, Daniel S, et al. Exploring the health-related decision-making experiences of people with chronic kidney disease and their caregivers: A qualitative study. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 5 nov 2023;27(1):e13907. doi:10.1111/hex.13907 PubMed PMID: 37926914; PubMed Central PMCID: PMC10757106.
10. Chen JO, Lin CC. Exploring the Barriers Faced by Nephrology Nurses in Initiating Patients With Chronic Kidney Disease Into Advance Care Planning Using Focus-Group Interviews. *J Nurs Res JNR*. 29 sept 2021;29(6):e179. doi:10.1097/JNR.0000000000000462 PubMed PMID: 34607991.
11. Greer RC, Liu Y, Cavanaugh K, Diamantidis CJ, Estrella MM, Sperati CJ, et al. Primary Care Physicians' Perceived Barriers to Nephrology Referral and Co-management of Patients with CKD: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. juill 2019;34(7):1228-35. doi:10.1007/s11606-019-04975-y PubMed PMID: 30993634; PubMed Central PMCID: PMC6614220.
12. Monsalve-Reyes CS, San Luis-Costas C, Gómez-Urquiza JL, Albendín-García L, Aguayo R, Cañadas-De la Fuente GA. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract*. 10 mai 2018;19:59. doi:10.1186/s12875-018-0748-z PubMed PMID: 29747579; PubMed Central PMCID: PMC5944132.
13. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and « universal » health coverage? *BMJ Glob Health*. juin 2022;7(6):e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316 PubMed PMID: 35760437; PubMed Central PMCID: PMC9237893.
14. Moons P, Callens B, Gut C, Lindpaintner L. Introducing advanced practice nurses / nurse practitioners in health care systems: a framework for reflection and analysis. *Swiss Med Wkly*. 1 nov 2008;138(4344):621-8. doi:10.4414/smw.2008.12293
15. International Council of Nurses. Guidelines on Advanced Practice Nursing 2020 [Internet]. Genève: ICN; 2020 [cité 11 janv 2026]. Disponible sur: <https://www.icn.ch/resources/publications-and-reports/guidelines-advanced-practice-nursing-2020>
16. OECD, European Observatory on Health Systems and Policies. Luxembourg: Country Health Profile 2017 [Internet]. OECD; 2017 [cité 22 mai 2025]. (State of Health in the EU).

- Disponible sur: https://www.oecd.org/en/publications/luxembourg-country-health-profile-2017_9789264283480-en.html doi:10.1787/9789264283480-en
17. Maier CB, Aiken LH. Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *Eur J Public Health*. 1 déc 2016;26(6):927-34. doi:10.1093/eurpub/ckw098
 18. Maier CB, Aiken LH, Busse Reinhard. Nurses in advanced roles in primary care: policy levers for implementation [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Rapport n°: 98. Disponible sur: https://www.oecd.org/en/publications/nurses-in-advanced-roles-in-primary-care_a8756593-en.html doi:10.1787/a8756593-en
 19. Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) [wet] [Internet]. [cité 25 sept 2025]. Disponible sur: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/2025-07-05>
 20. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000037218115>
 21. Arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les activités cliniques et les actes médicaux que l'infirmier de pratique avancée peut exercer et les conditions selon lesquelles l'infirmier de pratique avancée peut les exercer [Internet]. *Moniteur belge*; 2024 [cité 10 août 2026]. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-14-avril-2024_n2024003886.
 22. Arrêté royal du 16 janvier 2025 modifiant la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 14 avril 2024 [Internet]. *Moniteur belge*; 2025 [cité 10 août 2026]. Disponible sur: https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-16-janvier-2025_n2025000795.
 23. Bonner A, Douglas B, Brown L, Harvie B, Lucas A, Tomlins M, et al. Understanding the practice patterns of nephrology nurse practitioners in Australia. *J Ren Care*. 1 déc 2023;49(4):278-87. doi:10.1111/jorc.12444
 24. Floriancic N, Garnett A, Donelle L. Chronic Disease Management in a Nurse Practitioner-Led Clinic: An Interpretive Description Study. *SAGE Open Nurs*. 2024;10:23779608241299292. doi:10.1177/23779608241299292 PubMed PMID: 39676900; PubMed Central PMCID: PMC11638996.

25. Htay M, Whitehead D. The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *Int J Nurs Stud Adv.* 1 nov 2021;3:100034. doi:10.1016/j.ijnrsa.2021.100034
26. Peeters MJ, van Zuilen AD, van den Brand JA, Bots ML, van Buren M, ten Dam MAGJ, et al. Nurse Practitioner Care Improves Renal Outcome in Patients with CKD. *J Am Soc Nephrol JASN.* févr 2014;25(2):390-8. doi:10.1681/ASN.2012121222 PubMed PMID: 24158983; PubMed Central PMCID: PMC3904557.
27. Wong FKY, Chow SKY, Chan TMF. Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud.* 1 mars 2010;47(3):268-78. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.07.001
28. James MT, Scory TD, Novak E, Manns BJ, Hemmelgarn BR, Bello AK, et al. Nurse Practitioner Care Compared with Primary Care or Nephrologist Care in Early CKD. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN.* 1 déc 2023;18(12):1533-44. doi:10.2215/CJN.0000000000000305 PubMed PMID: 38064305; PubMed Central PMCID: PMC10723919.
29. Taha A, Iman Y, Hingwala J, Askin N, Mysore P, Rigatto C, et al. Patient Navigators for CKD and Kidney Failure: A Systematic Review. *Kidney Med.* 24 août 2022;4(10):100540. doi:10.1016/j.xkme.2022.100540 PubMed PMID: 36185707; PubMed Central PMCID: PMC9516458.
30. Johns TS, Prudhvi K, Motechin RA, Sedaliu K, Estrella MM, Stark A, et al. Interdisciplinary Care and Preparedness for Kidney Failure Management in a High-Risk Population. *Kidney Med.* 17 mars 2022;4(5):100450. doi:10.1016/j.xkme.2022.100450 PubMed PMID: 35479194; PubMed Central PMCID: PMC9035431.
31. HEROES Joint Action Specific country information sheet – Luxembourg [Internet]. [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: <https://archive.healthworkforce.eu/specific-country-information-sheet-luxembourg/>
32. Publication du 2e rapport thématique de l'Observatoire national de la santé: « Les professionnels de la santé au Luxembourg: un modèle d'évaluation quantitative » [Internet]. 2025 [cité 22 mai 2025]. Disponible sur: <http://santesecu.public.lu/fr/actualites/2025/janvier/rapport-2-obsante-2025.html>
33. Rausch K, Goetzinger C, Lorcy AC, Durvy B, Winkelmann J, Falkenbach M. Luxembourg: health system review 2024. *Health Syst Transit.* déc 2024;26(4):1-175.

34. Mishel MH. Uncertainty in illness. *Image- J Nurs Scholarsh.* 1988;20(4):225-32. doi:10.1111/j.1547-5069.1988.tb00082.x PubMed PMID: 3203947.
35. Bailey DEJ, Stewart JL. Uncertainty in illness Theory. In: Alligood MR, éditeur. *Nursing Theorists and Their Work.* 8^e éd. St. Louis, MO: Mosby/Elsevier; 2014. p. 553-68.
36. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol.* janv 2006;3(2):77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
37. Proulx J. Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Rech Qual.* 2019;38(1):53. doi:10.7202/1059647ar
38. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care.* 16 sept 2007;19(6):349-57. doi:10.1093/intqhc/mzm042
39. Royal College of Nursing. Advanced nurse practitioners: an RCN guide to advanced nursing practice, advanced nurse practitioners and programme accreditation [Internet]. 2012 [cité 9 sept 2025]. Disponible sur: <https://gpinsomerset.com/wp-content/uploads/2021/09/Competences-Advanced-nurse-practitioners-an-RCN-guide-.pdf>
40. Loi du 27 juillet 2026 portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé [Internet]. [cité 11 août 2026]. Disponible sur: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2026/07/27/a414/jo>
41. Loi du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé [Internet]. 1992. Disponible sur: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/1992/03/26/n1/jo>
42. Loi du 29 juin 2023 portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé [Internet]. 2023 [cité 10 août 2026]. Disponible sur: <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2023/06/29/a334/jo>
43. Maier CB, Buchan J. Integrating nurses in advanced roles in health systems to address the growing burden of chronic conditions. *Eurohealth.* 2018;24(1):24-7.
44. Motion 4861. Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. 2026 [cité 11 août 2026]. Disponible sur: https://www.chd.lu/fr/motion_resolution/4861
45. Motion 4862. Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. 2026 [cité 11 août 2026]. Disponible sur: https://www.chd.lu/fr/motion_resolution/4862

46. Projet de loi portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé [Internet]. [cité 10 août 2026]. Disponible sur: <https://www.chd.lu/fr/dossier/8714>
47. Motion 4860. Chambre des Députés du Grand-Duché de Luxembourg [Internet]. 2026 [cité 11 août 2026]. Disponible sur: https://www.chd.lu/fr/motion_resolution/4860
48. Sperati CJ, Soman S, Agrawal V, Liu Y, Abdel-Kader K, Diamantidis CJ, et al. Primary care physicians' perceptions of barriers and facilitators to management of chronic kidney disease: A mixed methods study. PLOS ONE. 22 août 2019;14(8):e0221325. doi:10.1371/journal.pone.0221325
49. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):50-4. doi:10.1016/j.kine.2014.11.005
50. Article R4301-1 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000051014940
51. Article 1 - Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 relatif aux conditions de l'accès direct aux infirmiers en pratique avancée - Légifrance [Internet]. [cité 10 août 2026]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000051013558
52. Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé [Internet]. 2015 [cité 26 mai 2026]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2015051006&caller=SUM&&view_numac=2015051006n
53. Arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les critères pour porter le titre d'IPA [Internet]. Disponible sur: https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/article.pl?language=fr&lg_txt=f&type=&sort=&numac_search=&cn_search=2024041407&caller=eli&&view_numac=2024041407nl

10. Annexes

10.1. Annexe 1 : Modèle de l'incertitude perçue dans la maladie (Mishel, 1988)

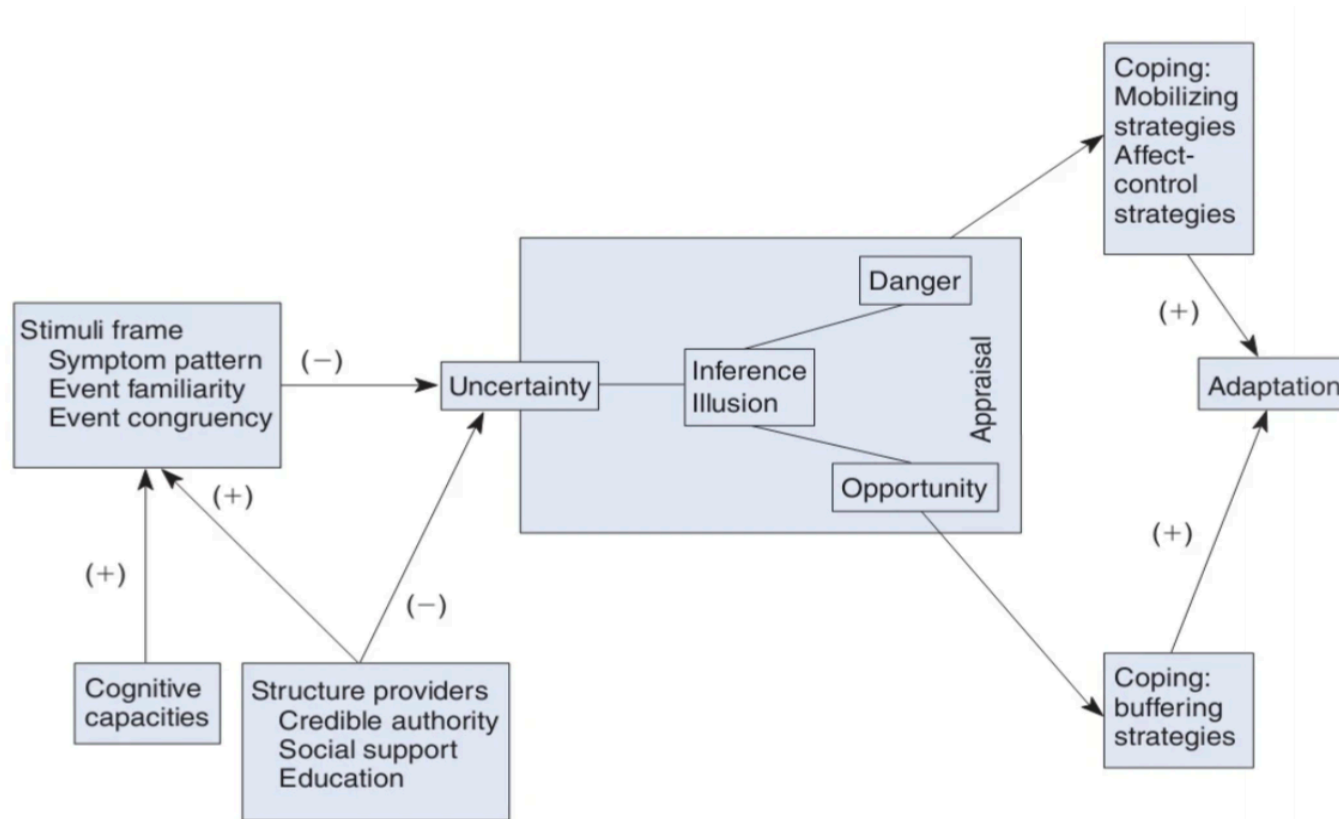


FIGURE 28-1 Model of Perceived Uncertainty in Illness. (From Mishel, M. H. [1988]. *Uncertainty in illness*. Image: The Journal of Nursing Scholarship, 20(4), 226.)

Source : Mishel MH. *Uncertainty in illness*. Image J Nurs Sch. 1988;20(4):226 (34), reproduit dans Bailey DE Jr, Stewart JL. *Uncertainty in Illness Theory*.

In: Alligood MR, éd. *Nursing Theorists and Their Work*. 8^e éd. St. Louis: Mosby/Elsevier; 2014. Figure 28-1, p. 559. (34,35)

10.2. Annexe 2 : Carte d'invitation

Chaque participant a reçu une carte d'invitation accompagnée d'un e-mail explicatif.

Cette carte différait selon les profils.



Invitation

Étude universitaire sur l'évolution des pratiques infirmières en néphrologie au Luxembourg.

-  Perceptions institutionnelles sur l'organisation et la coordination des soins au Luxembourg.
-  Entretien individuel uniquement.
-  En présentiel ou en ligne.
-  Participation volontaire et confidentielle.
-  **Lieu** : à déterminer selon disponibilité

Contactez-moi par e-mail :
aurelie.desousa@student.uliege.be

Ou **scannez le QR code**



Réponse souhaitée avant le 6 mars 2026

10.3. Annexe 3 : Guides d'entretien par profil

10.3.1. Néphrologues

GUIDE D'ENTRETIEN – MEDECINS NEPHROLOGUES

Étude : Perceptions professionnelles et institutionnelles d'une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg

Investigatrice principale : DE SOUSA Aurélie, Université de Liège – Master en Sciences Infirmières, finalité pratique avancée

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien.

Je me présente rapidement : je m'appelle Aurélie De Sousa, je suis infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg et actuellement étudiante en Master en Sciences Infirmières à l'Université de Liège.

Cette étude porte sur les **perceptions des professionnels de santé et des acteurs institutionnels concernant l'évolution possible des pratiques infirmières, vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg**, dans un contexte où ce rôle n'est pas encore encadré par un **cadre légal spécifique**.

L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment cette évolution pourrait être perçue et envisagée à l'échelle nationale dans le contexte luxembourgeois, notamment du point de vue clinique et organisationnel.

L'entretien devrait durer environ 45 minutes, et vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, je m'intéresse simplement à votre expérience et à votre point de vue.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de faciliter la transcription et l'analyse des données. Vos propos seront anonymisés et utilisés uniquement dans le cadre de ce mémoire. Est-ce que vous autorisez l'enregistrement ?

Si pas de réponses au questionnaire socio-démographique :

Avant de commencer, je vais simplement vous poser quelques questions rapides pour compléter les données socio-démographiques de l'étude.

Questions socio-démographiques :

- 1. Quelle est actuellement votre fonction ou votre rôle professionnel au sein de l'établissement ?**
- 2. Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans le domaine de la néphrologie, que ce soit sur le plan clinique ou organisationnel ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 3. Depuis combien d'années exercez-vous une activité professionnelle dans le domaine de la santé (toutes fonctions confondues) ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 4. Parmi ces propositions, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
 - Moins de 35 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 54 ans
 - 55 ans et plus

Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant commencer l'entretien.

QUESTIONS PRINCIPALES

1. Comment décririez-vous l'organisation actuelle du suivi des patients atteints d'insuffisance rénale chronique dans votre pratique ?

⇒ Relances possibles :

- Comment se déroule le suivi entre les stades 3 et 5 ?
- Y a-t-il des différences entre pré-dialyse et dialyse ?
- Quels moments du parcours vous semblent les plus complexes ?
- Où observez-vous des difficultés de coordination ?
- Existe-t-il des ruptures de parcours ?
- Quels patients vous semblent les plus à risque de perte de vue/suivi ?

2. Quelles sont, selon vous, les principaux défis organisationnels, cliniques et de qualité/sécurité dans le suivi des patients IRC aujourd'hui ?

⇒ Relances possibles :

- Charge de consultations ?
- Complexité croissante des patients ?
- Temps médical disponible ?
- Communication interprofessionnelle ?
- Continuité du suivi ?
- Transitions pré-dialyse -> dialyse ?
- Protocoles existants ?
- Ajustements thérapeutiques fréquents ?
- Éducation thérapeutique ?
- Coordination avec ville ou les autres spécialités ?
- Patients vulnérables ou à risque ?

3. Comment percevez-vous actuellement le rôle des infirmiers dans le suivi des patients IRC ?

⇒ Relances possibles :

- Marge d'autonomie ?
- Coordination des soins ?
- ETP ?
- Les responsabilités sont-elles clairement définies ?
- Existe-t-il des zones de chevauchement ?
- Cette répartition varie-t-elle selon les stades IRC ?
- Certaines tâches pourraient-elles être déléguées ou partagées ?
- Existe-t-il des limites au rôle actuel ?
- Le rôle varie-t-il selon les contextes ?

4. Quelle est votre compréhension actuelle du rôle d'IPA ?

⇒ Relances possibles :

- A quoi associez-vous ce rôle ?
- En quoi serait-il différent du rôle infirmier actuel ?
- Existe-t-il des risques de confusion des rôles ?
- Quelles responsabilités supplémentaires imaginez-vous ?
- Comment voyez-vous son articulation avec la décision médicale ?

5. Comment analysez-vous, de manière générale, l'idée d'une évolution vers un rôle d'IPA en néphrologie ?

⇒ Relances possibles :

- Cela vous semble-t-il pertinent ?
- Pour quels types de patients ?
- Quels bénéfices potentiels identifiez-vous ?
- Voyez-vous des risques ou des limites ?
- Ce rôle pourrait-il ne pas être pertinent dans certaines situations ?

- Quelle acceptabilité imaginez-vous au sein des équipes ?

6. Dans quelles situations cliniques un tel rôle pourrait-il, selon vous, être pertinent ?

⇒ Relances possibles :

- Suivi des patients stables en stade 3-4 ?
- Préparation à la dialyse ?
- Éducation thérapeutique ?
- Ajustement de traitements protocolisés ?
- Gestion des comorbidités stabilisées ?
- Coordination des soins ?
- Quels patients nécessiteraient malgré tout une supervision médicale étroite ?

7. Quels impacts une telle évolution pourrait-elle avoir sur votre pratique médicale et l'organisation des responsabilités cliniques ?

⇒ Relances possibles :

- Allègement des consultations ?
- Redistribution des activités ?
- Recentrage sur les situations complexes ?
- Modification de / impact sur la prise de décision ?
- Impact sur la responsabilité clinique (clarification ou confusion) ?
- Redéfinition des interactions médecin-IPA ?
- Impact sur la sécurité des soins ?

8. Quels enjeux, réserves ou limites identifiez-vous concernant cette évolution ?

⇒ Relances possibles :

- Enjeux juridiques ?
- Risques organisationnels ?
- Culturels ?
- Acceptabilité médicale ?
- Risques pour la qualité ou la sécurité ?
- Risques de confusion des rôles ?
- Cohérence avec la pratique actuelle / contexte luxembourgeois ?

9. Quelles conditions devraient être réunies pour qu'une telle évolution soit envisageable ?

⇒ Relances possibles :

- Formation spécifique ?
- Protocoles formalisés ?
- Clarification des responsabilités ?
- Modalités de collaboration médecin-IPA ?
- Évaluation des impacts ?
- Soutien institutionnel ?

10. Devrait-elle être sous la responsabilité de la direction médicale ou infirmière ?

⇒ Relances possibles :

- Direction médicale ?
- Direction infirmière ?
- Gouvernance partagée ?
- Intégration dans les équipes ?
- Positionnement par rapport aux médecins ?

11. Y a-t-il un élément important que nous n'avons pas abordé et qui vous semble essentiel concernant cette évolution ?

FIN D'ENTRETIEN

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Si vous avez la moindre question concernant l'étude ou l'utilisation des données recueillies, n'hésitez évidemment pas à me contacter. Les résultats de l'étude peuvent aussi vous être communiqués.

Encore merci pour votre participation.

GUIDE D'ENTRETIEN – RESPONSABLES DE SERVICE

Étude : Perceptions professionnelles et institutionnelles d'une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg

Investigatrice principale : DE SOUSA Aurélie
Université de Liège – Master en Sciences Infirmières, finalité pratique avancée

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon Master en Sciences Infirmières.

Je me présente rapidement : je m'appelle Aurélie De Sousa, je suis infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg et actuellement étudiante en Master en sciences infirmières à l'Université de Liège.

Cet entretien vise à recueillir votre expérience et votre perception concernant **l'organisation actuelle des soins en néphrologie au sein de votre service**, ainsi que votre point de vue sur les évolutions possibles des pratiques professionnelles dans ce domaine.

Plus spécifiquement, cet échange s'inscrit dans le cadre d'un travail de recherche portant sur l'évolution des pratiques infirmières vers la pratique avancée en néphrologie, et sur la manière dont un tel rôle pourrait s'intégrer dans l'organisation des soins et dans le parcours des patients atteints d'insuffisance rénale chronique.

Votre expérience en tant que responsable de service est particulièrement importante pour comprendre l'organisation concrète des équipes, les enjeux de coordination des soins et les éventuels besoins ou limites observés dans la prise en charge des patients.

L'entretien devrait durer environ 45 à 60 minutes, et vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Il ne s'agit pas d'évaluer des pratiques ou des organisations, mais bien de recueillir votre expérience et votre point de vue professionnel.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription fidèle de vos propos dans le cadre de l'analyse. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonymisée, et utilisées uniquement à des fins de recherche académique. Est-ce que vous autorisez l'enregistrement ?

Si pas de réponses au questionnaire socio-démographique :

Avant de commencer, je vais simplement vous poser quelques questions rapides pour compléter les données socio-démographiques de l'étude.

Questions socio-démographiques :

1. **Quelle est actuellement votre fonction ou votre rôle professionnel au sein de l'établissement ?**
2. **Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans le domaine de la néphrologie, que ce soit sur le plan clinique ou organisationnel ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
3. **Depuis combien d'années exercez-vous une activité professionnelle dans le domaine de la santé (toutes fonctions confondues) ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
4. **Parmi ces propositions, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
 - Moins de 35 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 54 ans
 - 55 ans et plus

Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant commencer l'entretien.

QUESTIONS PRINCIPALES

1. Comment décririez-vous l'organisation actuelle de la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique dans votre service ?

⇒ Relances possibles :

- Comment se déroule le parcours d'un patient du stade 3 au stade 5 ?
- Y a-t-il des différences entre la phase pré-dialyse et la dialyse ?
- Quels moments vous semblent les plus sensibles ? A quels moments observez-vous des ruptures ou fragilités dans le parcours patient ?
- Quels profils de patient vous semblent les plus à risque de perte de suivi ?
- Où observez-vous des difficultés de coordination ?

2. Quelles sont, selon vous, les principales difficultés organisationnelles dans la prise en charge des patients IRC ?

⇒ Relances possibles :

- Charge médicale ?
- Continuité des soins ?
- Transition pré-dialyse -> dialyse ?
- Coordination ville-hôpital ?
- Complexité croissante des patients ?
- Certains besoins des patients vous semblent-ils actuellement insuffisamment couverts ?

3. Comment décririez-vous la répartition actuelle des responsabilités entre médecins, infirmiers et autres professionnels ?

⇒ Relances possibles :

- Les responsabilités sont-elles clairement définies ?
- Existe-il des zones de chevauchement ?
- La répartition varie-t-elle selon les stades de l'IRC ?
- Y a-t-il des tâches médicales qui pourraient être partagées différemment ?
- Existe-t-il des activités cliniques qui pourraient être davantage partagées ou protocolisées ?

4. Comment percevez-vous aujourd'hui le rôle des infirmiers en néphrologie et en dialyse ?

⇒ Relances possibles :

- Quelles sont leurs marges d'autonomie ? Dans quelles situations les infirmiers disposent-ils déjà d'une autonomie importante ?
- Existe-t-il des situations où une expertise infirmière plus autonome serait pertinente ?
- Ce rôle est-il suffisant pour répondre aux besoins actuels ?
- Existe-t-il des limites organisationnelles ?
- Le rôle varie-t-il selon les stades 3, 4 ou 5 ?

5. Quels facteurs influencent actuellement la qualité et la sécurité du suivi des patients IRC dans votre service ?

⇒ Relances possibles :

- Continuité des soins ?
- Protocoles existants ?
- Fluidité des parcours ?
- Charge médicale ?

- *Coordination interprofessionnelle ?*
- *Le rôle varie-t-il selon les stades 3, 4 ou 5 ?*
- *Quels éléments limitent actuellement la fluidité ou la réactivité du suivi ?*

6. Quelle est votre compréhension actuelle du rôle d'infirmier en pratique avancée ?

⇒ Relances possibles :

- *A quoi associez-vous ce rôle ?*
- *En quoi serait-il différent du rôle infirmier actuel ?*
- *Quelles activités cliniques ou organisationnelles supplémentaires pourraient relever d'une IPA ?*
- *Comment voyez-vous son articulation avec le rôle médical ? Équipe soignante ?*

7. Comment percevez-vous l'idée d'une évolution vers un rôle d'IPA en néphrologie au sein de votre service ?

⇒ Relances possibles :

- *Quels bénéfices potentiels identifiez-vous ?*
- *Quels points de vigilance vous semblent importants ?*
- *Qu'est-ce que cela pourrait modifier dans l'organisation médicale ?*
- *Cela vous paraît-il pertinent pour certains segments du suivi ?*
- *Et au niveau des équipes soignantes ?*
- *Dans quelles situations ce rôle pourrait-il ne pas être pertinent ?*
- *Existe-t-il des risques ou limites à cette évolution ?*

8. Dans quelles situations cliniques ou segments du parcours ce rôle pourrait-il, selon vous, être pertinent ?

⇒ Relances possibles :

- *Suivi des patients stables en stade 3-4 ?*
- *Préparation à la dialyse ?*
- *Éducation thérapeutique ?*
- *Ajustement de traitements chroniques protocolisés ?*
- *Coordination des soins (ville-hôpital) ?*
- *Quels patients nécessiteraient malgré tout une supervision médicale étroite ?*

9. Quels effets une telle évolution pourrait-elle avoir :

a. Sur les patients ?

b. Sur l'équipe soignante et médicale ?

c. Sur l'organisation globale du service ?

⇒ Relances possibles :

- *Qualité des soins ?*
- *Sécurité ?*
- *Charge médicale ?*
- *Lisibilité des responsabilités ?*
- *Performance du service ?*
- *Cette évolution pourrait-elle également générer certaines difficultés organisationnelles ?*

10. Quels enjeux, réserves ou zones d'incertitude identifiez-vous concernant cette évolution ?

⇒ Relances possibles :

- *Responsabilité clinique ?*
- *Cadre réglementaire ?*
- *Acceptabilité médicale ?*
- *Organisation et partage de la décision clinique ?*

- *Existe-t-il un risque de confusion des rôles au sein de l'équipe ?*
- *Quels impacts cette évolution pourrait-elle avoir sur la dynamique interprofessionnelle ?*

11. Quelles conditions devraient être réunies pour qu'une telle évolution soit envisageable au sein de votre service ?

⇒ Relances possibles :

- *Clarification des responsabilités ?*
- *Formation spécifique ?*
- *Protocoles formalisés ?*
- *Modalités de collaboration médecin-IPA ?*
- *Soutien institutionnel ?*
- *Selon vous, comment devrait s'organiser l'articulation entre l'IPA, l'équipe médicale et l'encadrement infirmier ?*

12. Y a-t-il un élément important que nous n'avons pas abordé et qui vous semble essentiel concernant cette évolution ?

FIN D'ENTRETIEN

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Si vous avez la moindre question concernant l'étude ou l'utilisation des données recueillies, n'hésitez évidemment pas à me contacter. Les résultats de l'étude peuvent aussi vous être communiqués.

Encore merci pour votre participation.

10.3.3. Coordinateurs

Ce guide a été adapté à la fonction exercée par chaque coordinateur, sans modifier les thématiques abordées.

GUIDE D'ENTRETIEN – COORDINATEURS

Étude : Perceptions professionnelles et institutionnelles d'une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg

Investigatrice principale : DE SOUSA Aurélie
Université de Liège – Master en Sciences Infirmières, finalité pratique avancée

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon Master en Sciences Infirmières.

Je me présente rapidement : je m'appelle Aurélie De Sousa, je suis infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg et actuellement étudiante en Master en sciences infirmières à l'Université de Liège.

Cette étude porte sur les **perceptions des professionnels de santé et des acteurs institutionnels concernant l'évolution possible des pratiques infirmières, vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg**, dans un contexte où ce rôle n'est pas encore encadré par un **cadre légal spécifique**.

L'objectif de cet échange est de recueillir votre expérience et votre perception concernant le fonctionnement actuel des services de néphrologie dans votre établissement, notamment en ce qui concerne l'organisation du parcours des patients atteints d'insuffisance rénale chronique, ainsi que votre point de vue sur les évolutions possibles des pratiques professionnelles dans ce domaine. Il ne s'agit pas d'évaluer votre pratique, mais bien de recueillir votre point de vue et votre expérience professionnelle.

L'entretien devrait durer environ 45 minutes, et vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses,

je m'intéresse simplement à votre expérience et à votre point de vue.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription fidèle de vos propos dans le cadre de l'analyse. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonymisée, et utilisées uniquement à des fins de recherche académique. Est-ce que vous autorisez l'enregistrement ?

Si pas de réponses au questionnaire socio-démographique :

Avant de commencer, je vais simplement vous poser quelques questions rapides pour compléter les données socio-démographiques de l'étude.

Questions socio-démographiques :

- 1. Quelle est actuellement votre fonction ou votre rôle professionnel au sein de l'établissement ?**
- 2. Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans le domaine de la néphrologie, que ce soit sur le plan clinique ou organisationnel ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 3. Depuis combien d'années exercez-vous une activité professionnelle dans le domaine de la santé (toutes fonctions confondues) ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 4. Parmi ces propositions, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
 - Moins de 35 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 54 ans
 - 55 ans et plus

Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant commencer l'entretien.

QUESTIONS PRINCIPALES

1. Comment décririez-vous aujourd'hui l'organisation globale du parcours des patients atteints d'insuffisance rénale chronique au sein de votre établissement ?

⇒ Relances possibles :

- Comment s'articulent les différentes étapes (stade 3, 4 et 5) ?
- Y a-t-il des points de transition sensibles (pré-dialyse, entrée en dialyse) ?
- Comment s'organise la continuité entre services et avec la ville ?
- Où observez-vous les principales fragilités du parcours ?

2. Quelles sont, selon vous, les principaux enjeux de qualité et de sécurité dans le parcours des patients IRC ?

⇒ Relances possibles :

- Existe-t-il des moments à risque dans le parcours IRC ?
- Certaines transitions vous semblent-elles plus fragiles (pré-dialyse, entrée en dialyse, retour à domicile, hospitalisation...) ?
- Observez-vous des risques liés à la coordination entre professionnels ou services ?
- Existe-t-il des situations où le suivi peut devenir insuffisamment sécurisé ?
- Comment sont gérées les situations complexes ou instables ?
- Les protocoles actuels vous semblent-ils suffisants ?
- Quels facteurs influencent la continuité de soins ?
- Le temps disponible pour le suivi influence-t-il selon vous la qualité des soins ?

3. Comment percevez-vous la répartition actuelle des responsabilités entre les différents professionnels impliqués dans le parcours patient ?

⇒ Relances possibles :

- Les rôles sont-ils suffisamment clarifiés ?
- Existe-t-il des zones de chevauchement ou d'incertitude ?
- Certaines tâches vous semblent-elles insuffisamment structurées ?

4. Quels besoins organisationnels ou de coordination vous semblent aujourd'hui insuffisamment couverts dans le suivi des patients IRC ?

⇒ Relances possibles :

- Existe-t-il des segments du parcours qui vous semblent moins bien structurés ?
- Certains besoins des patients restent-ils insuffisamment couverts ?
- Où observez-vous les principales fragilités organisationnelles ?
- Existe-t-il des difficultés dans la coordination ville-hôpital ? coordination interprofessionnelle ?
- Certaines tâches ou missions vous semblent-elles insuffisamment attribuées ?

- *Y a-t-il des besoins en matière de suivi ou d'accompagnement qui manquent actuellement ?*
- *Les stades précoces (3-4) vous semblent-ils suffisamment organisés ?*
- *Existe-t-il des difficultés particulières en pré-dialyse ?*
- *Certains patients nécessiteraient-ils davantage de coordination ? Gestion des patients complexes ?*
- *Des zones de flou persistent-elles dans la répartition des responsabilités ?*

5. Quelle est votre compréhension actuelle du rôle d'infirmier en pratique avancée (IPA) ?

⇒ Relances possibles :

- *A quelles responsabilités associez-vous ce rôle ?*
- *En quoi serait-il différent du rôle infirmier actuel ?*
- *Voyez-vous une valeur ajoutée potentielle ?*

6. Si un rôle d'IPA était introduit en néphrologie, comment pourrait-il s'intégrer dans le parcours patient ?

⇒ Relances possibles :

- *A quel niveau du parcours ?*
- *En stade 3-4 ?*
- *En coordination ?*
- *En éducation thérapeutique ?*
- *Dans la gestion des transitions ?*

7. Quels effets cette évolution pourrait-elle avoir sur la qualité et la sécurité des soins ?

⇒ Relances possibles :

- *Meilleure anticipation ?*
- *Diminution des ruptures de parcours ?*
- *Risque de nouvelles zones d'incertitude ?*
- *Besoin de protocoles formalisés ?*

8. Comment percevez-vous la question des responsabilités dans un modèle intégrant un IPA ?

⇒ Relances possibles :

- *La clarification des responsabilités serait-elle indispensable ?*
- *Quelles modalités d'encadrement seraient nécessaires ?*
- *Comment éviter les zones floues ?*

9. Quels freins, limites ou zones d'incertitude percevez-vous concernant l'évolution vers un rôle infirmier de pratique avancée en néphrologie ?

⇒ Relances possibles :

- *Réglementaire ?*
- *Organisationnel ?*
- *Acceptabilité interprofessionnelle ?*
- *Culturel ?*
- *Financier ?*

10. Quelles conditions devraient être réunies pour que cette évolution soit envisageable au niveau du service ou de l'établissement ?

⇒ Relances possibles :

- *Protocoles formalisés ?*
- *Formation spécifique ?*
- *Ajustement organisationnel ?*
- *Soutien institutionnel ?*
- *Reconnaissance du rôle ?*

11. Si vous deviez identifier un point prioritaire à clarifier avant toute évolution vers la pratique avancée en néphrologie, lequel serait-il ?

FIN D'ENTRETIEN

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Si vous avez la moindre question concernant l'étude ou l'utilisation des données recueillies, n'hésitez évidemment pas à me contacter. Les résultats de l'étude peuvent aussi vous être communiqués.

Encore merci pour votre participation.

10.3.4. Directions

Ce guide a été adapté à la fonction exercée par chaque direction, sans modifier les thématiques abordées.

GUIDE D'ENTRETIEN – DIRECTIONS

Étude : Perceptions professionnelles et institutionnelles d'une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg

Investigatrice principale : DE SOUSA Aurélie
Université de Liège – Master en Sciences Infirmières, finalité pratique avancée

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon Master en Sciences Infirmières.

Je me présente rapidement : je m'appelle Aurélie De Sousa, je suis infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg et actuellement étudiante en Master en sciences infirmières à l'Université de Liège.

Cette étude porte sur les **perceptions des professionnels de santé et des acteurs institutionnels concernant l'évolution possible des pratiques infirmières, vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg**, dans un contexte où ce rôle n'est pas encore encadré par un **cadre légal spécifique**.

Cet entretien aujourd'hui vise à recueillir votre expérience et votre perception concernant la place actuelle de la néphrologie au sein de votre pôle, ainsi que votre point de vue sur les évolutions possibles des pratiques professionnelles dans ce domaine.

Plus particulièrement, cet échange permettra d'explorer les enjeux organisationnels, stratégiques et institutionnels liés à l'évolution des pratiques infirmières vers la pratique avancée en néphrologie.

L'entretien devrait durer environ 45 à 60 minutes, et vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Il ne s'agit pas d'évaluer des pratiques ou des organisations, mais bien de recueillir votre analyse

et votre perception en tant que responsable de pôle.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription fidèle de vos propos dans le cadre de l'analyse. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonymisée, et utilisées uniquement à des fins de recherche académique. Est-ce que vous autorisez l'enregistrement ?

Si pas de réponses au questionnaire socio-démographique :

Avant de commencer, je vais simplement vous poser quelques questions rapides pour compléter les données socio-démographiques de l'étude.

Questions socio-démographiques :

1. **Quelle est actuellement votre fonction ou votre rôle professionnel au sein de l'établissement ?**
2. **Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans le domaine de la néphrologie, que ce soit sur le plan clinique ou organisationnel ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
3. **Depuis combien d'années exercez-vous une activité professionnelle dans le domaine de la santé (toutes fonctions confondues) ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
4. **Parmi ces propositions, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
 - Moins de 35 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 54 ans
 - 55 ans et plus

Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant commencer l'entretien.

QUESTIONS PRINCIPALES

1. Comment la néphrologie s'inscrit-elle dans la stratégie globale du pôle ?

⇒ Relances possibles :

- Quelles sont les enjeux prioritaires du pôle concernant cette activité ?
- Existe-t-il des tensions ou des objectifs spécifiques (performance, qualité, attractivité) ?
- Comment la prise en charge des patients IRC évolue-t-elle au sein du pôle ?

2. Quelles sont, selon vous, les principaux défis organisationnels rencontrés aujourd'hui dans le champ de la néphrologie et de la dialyse ?

⇒ Relances possibles :

- Continuité des parcours ?
- Tensions RH ?
- Complexité croissante des patients ?
- Coordination interservices ?
- Pression d'activité ou d'efficience ?

3. Comment percevez-vous l'évolution des pratiques infirmières vers la pratique avancée ?

⇒ Relances possibles :

- Cette évolution s'inscrit-elle dans une dynamique déjà présente au sein du pôle ?
- Vous semble-t-elle cohérente avec les orientations stratégiques actuelles ?
- La considérez-vous comme une évolution naturelle ou structurante ?

4. Quels impacts potentiels une telle évolution pourrait-elle avoir à l'échelle du pôle ?

⇒ Relances possibles :

- Sur la performance globale ?
- Sur l'efficience organisationnelle ?
- Sur la continuité des parcours ?
- Sur la lisibilité des responsabilités ?
- Sur l'attractivité du pôle ?

5. A quel niveau organisationnel ce rôle vous semblerait-il le plus stratégique ?

⇒ Relances possibles :

- A l'échelle du service ?
- Du pôle ?
- Transversal entre plusieurs disciplines ?
- Sur certains segments du parcours (stade 3-4, pré-dialyse, coordination) ?

6. Quels impacts cette évolution pourrait-elle avoir en matière de ressources humaines et de financement ?

⇒ Relances possibles :

- Réorganisation des effectifs ?
- Redistribution des compétences ?

- Coûts supplémentaires ?
- Potentiel d'optimisation ?
- Arbitrages budgétaires nécessaires ?

7. Quels freins institutionnels ou réglementaires identifiez-vous ?

⇒ Relances possibles :

- Cadre légal actuel ?
- Responsabilité clinique ?
- Modèle de financement ?
- Acceptabilité médicale ?
- Cohérence avec la politique de l'établissement ?

8. Quelles conditions devraient être réunies pour qu'une telle évolution soit envisageable à l'échelle du pôle ?

⇒ Relances possibles :

- Clarification des responsabilités ?
- Protocoles formalisés ?
- Formation spécifique ?
- Soutien institutionnel ?
- Pilotage et évaluation ?

9. Quels effets anticipez-vous sur :

- Les patients ?
- Les équipes soignantes ?
- L'organisation globale du pôle ?

⇒ Relances possibles :

- Qualité des soins ?
- Sécurité ?
- Fluidité des parcours ?
- Charge de travail ?
- Coordination ?

10. Dans une perspective à moyen ou long terme, comment voyez-vous l'évolution des pratiques infirmières au sein du pôle ?

⇒ Relances possibles :

- Transformation progressive ?
- Structuration formalisée ?
- Adaptation aux tensions médicales ?
- Risques de déséquilibre ?

11. Y a-t-il un élément stratégique ou institutionnel que nous n'avons pas abordé et qui vous semble essentiel concernant cette évolution ?

FIN D'ENTRETIEN

Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Si vous avez la moindre question concernant l'étude ou l'utilisation des données recueillies, n'hésitez évidemment pas à me contacter. Les résultats de l'étude peuvent aussi vous être communiqués.

Encore merci pour votre participation.

10.3.5. Représentant national

GUIDE D'ENTRETIEN – REPRÉSENTANT NATIONAL

Étude : Perceptions professionnelles et institutionnelles d'une évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg

Investigatrice principale : DE SOUSA Aurélie
Université de Liège – Master en Sciences Infirmières, finalité pratique avancée

INTRODUCTION

Bonjour,

Je vous remercie sincèrement d'avoir accepté de participer à cet entretien dans le cadre de mon Master en Sciences Infirmières.

Je me présente rapidement : je m'appelle Aurélie De Sousa, je suis infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg et actuellement étudiante en Master en sciences infirmières à l'Université de Liège.

Cette étude porte sur les **perceptions des professionnels de santé et des acteurs institutionnels concernant l'évolution possible des pratiques infirmières, vers un rôle de pratique avancée en néphrologie au Luxembourg**, dans un contexte où ce rôle n'est pas encore encadré par un **cadre légal spécifique**.

Cet entretien aujourd'hui vise à recueillir votre expérience et votre perception du fonctionnement actuel des services de néphrologie à l'échelle hospitalière luxembourgeoise, ainsi que votre point de vue sur les évolutions possibles des pratiques professionnelles.

Plus particulièrement, cet échange permettra d'explorer les enjeux organisationnels, stratégiques et institutionnels liés à l'évolution des pratiques infirmières vers la pratique avancée en néphrologie.

L'entretien devrait durer environ 45 à 60 minutes, et vous êtes libre de ne pas répondre à certaines questions ou d'interrompre l'entretien à tout moment.

Il ne s'agit pas d'évaluer des pratiques ou des organisations, mais bien de recueillir votre analyse et votre perception au regard de votre fonction.

Avec votre accord, l'entretien sera enregistré afin de permettre une retranscription fidèle de vos propos dans le cadre de l'analyse. Les données seront traitées de manière confidentielle et anonymisée, et utilisées uniquement à des fins de recherche académique. Est-ce que vous autorisez l'enregistrement ?

Si pas de réponses au questionnaire socio-démographique :

Avant de commencer, je vais simplement vous poser quelques questions rapides pour compléter les données socio-démographiques de l'étude.

Questions socio-démographiques :

- 1. Quelle est actuellement votre fonction ou votre rôle professionnel au sein de l'établissement ?**
- 2. Depuis combien d'années êtes-vous impliqué dans le domaine de la néphrologie, que ce soit sur le plan clinique ou organisationnel ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 3. Depuis combien d'années exercez-vous une activité professionnelle dans le domaine de la santé (toutes fonctions confondues) ?**
 - 0 à 5 ans
 - 6 à 10 ans
 - 11 à 20 ans
 - Plus de 20 ans
- 4. Parmi ces propositions, dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?**
 - Moins de 35 ans
 - 35 – 44 ans
 - 45 – 54 ans
 - 55 ans et plus

Merci beaucoup. Nous pouvons maintenant commencer l'entretien.

QUESTIONS PRINCIPALES

1. Comment la néphrologie s'inscrit-elle actuellement dans les priorités hospitalières au Luxembourg ?

⇒ Relances possibles :

- Enjeux démographiques ?
- Pression sur les consultations spécialisées ?
- Continuité des parcours chroniques ?
- Tensions en ressources médicales ou infirmières ?
- Quels sont aujourd'hui les principaux défis organisationnels ?

2. Comment percevez-vous aujourd'hui la répartition des rôles entre médecins, infirmiers et autres professionnels en néphrologie ?

⇒ Relances possibles :

- Existe-t-il des variations entre établissements ?
- Des zones de chevauchement professionnels ?
- Des tensions ou besoins de clarification ? (Sont-ils clairement définis aujourd'hui ?)

3. Quelle est votre compréhension actuelle du rôle d'infirmier en pratique avancée ?

⇒ Relances possibles :

- Sur le plan des responsabilités cliniques ?
- Sur le plan organisationnel ?
- Sur le plan juridique ?

4. Comment percevez-vous l'idée d'une évolution vers la pratique avancée en néphrologie au Luxembourg ?

⇒ Relances possibles :

- Cela vous semble-t-il pertinent dans le contexte hospitalier luxembourgeois ?
- Dans quelles conditions cela pourrait-il être pertinent ?
- Voyez-vous des besoins spécifiques en néphrologie ?
- Cette évolution serait-elle comparable à d'autres disciplines ?

5. Quels impacts potentiels une telle évolution pourrait-elle avoir sur :

a. L'organisation hospitalière ?

c. La continuité des parcours ?

b. La coordination interprofessionnelle ?

⇒ Relances possibles :

- Répartition des responsabilités ?
- Fluidité des soins ?
- Gestion des files actives ?

6. Quels points juridiques ou réglementaires vous sembleraient devoir être clarifiés avant toute évolution ?

⇒ Relances possibles :

- Responsabilité clinique ?
- Délégation / coopération ?
- Cadre légal luxembourgeois actuel ?
- Assurance professionnelle ?

7. Quels impacts en matière de ressources humaines et de financement identifiez-vous ?

⇒ Relances possibles :

- Modèle de financement hospitalier ?
- Création de nouveaux postes ?

- *Reconnaissance salariale ?*
- *Équilibre budgétaire ?*

8. Selon vous, comment une telle évolution serait-elle perçue par les établissements et les professionnels de santé ?

⇒ *Relances possibles :*

- *Acceptabilité médicale ?*
- *Acceptabilité infirmière ?*
- *Risque de tensions ?*
- *Besoin d'accompagnement institutionnel ?*

9. Quelles conditions vous sembleraient indispensables pour qu'une telle évolution soit envisageable au niveau hospitalier ?

⇒ *Relances possibles :*

- *Clarification des responsabilités ?*
- *Cadre réglementaire ?*
- *Formation universitaire structurée ?*
- *Soutien institutionnel ?*
- *Pilotage national ?*

10. A l'échelle du système hospitalier luxembourgeois, ce rôle vous semblerait-il stratégique ?

⇒ *Relances possibles :*

- *En lien avec la chronicité ?*
- *En lien avec la pénurie médicale ?*
- *En lien avec la modernisation des parcours ?*

11. Avez-vous des recommandations, réserves ou points d'attention à formuler concernant cette éventuelle évolution ?

FIN D'ENTRETIEN

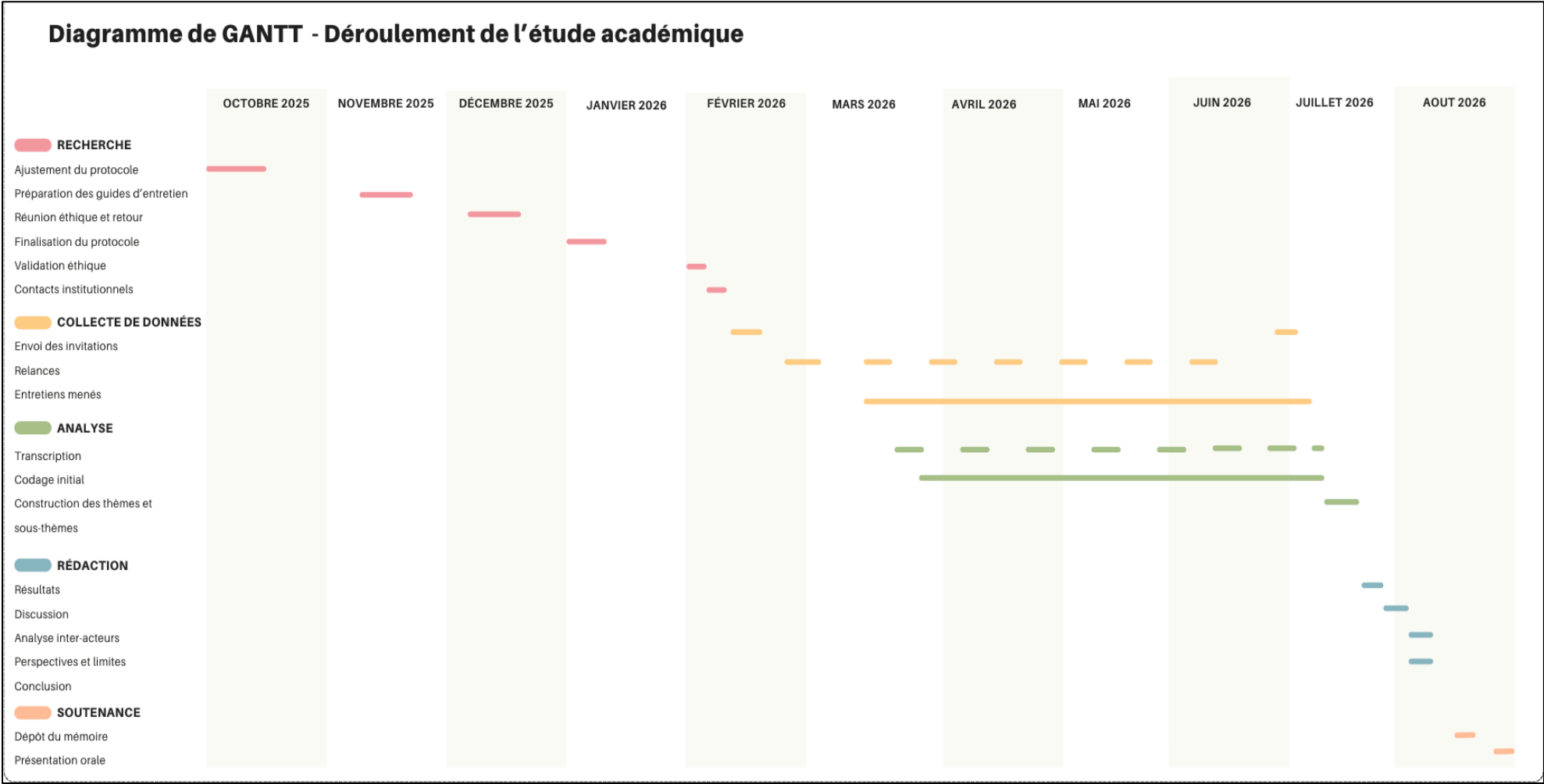
Je vous remercie sincèrement pour le temps que vous m'avez accordé et pour la richesse de vos réponses.

Si vous avez la moindre question concernant l'étude ou l'utilisation des données recueillies, n'hésitez évidemment pas à me contacter. Les résultats de l'étude peuvent aussi vous être communiqués.

Encore merci pour votre participation.

10.4. Annexe 4 : Diagramme de Gantt

Un diagramme de Gantt a été réalisé tout au long de l'étude pour planifier les étapes.



10.5. Annexe 5 : Analyse thématique de Braun & Clarke

Phase	Description of the process
1. Familiarising yourself with your data:	Transcribing data (if necessary), reading and re-reading the data, noting down initial ideas.
2. Generating initial codes:	Coding interesting features of the data in a systematic fashion across the entire data set, collating data relevant to each code.
3. Searching for themes:	Collating codes into potential themes, gathering all data relevant to each potential theme.
4. Reviewing themes:	Checking in the themes work in relation to the coded extracts (Level 1) and the entire data set (Level 2), generating a thematic 'map' of the analysis.
5. Defining and naming themes:	Ongoing analysis to refine the specifics of each theme, and the overall story the analysis tells; generating clear definitions and names for each theme.
6. Producing the report:	The final opportunity for analysis. Selection of vivid, compelling extract examples, final analysis of selected extracts, relating back of the analysis to the research question and literature, producing a scholarly report of the analysis.

Source : Braun V., Clarke V. *Using thematic analysis in psychology. Qual Res in Psychol.* 2006;3(2):77-101 (36)

10.6. Annexe 6 : Grille COREQ

Dossier		M. Gedda
Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche		
Tableau 1. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ.		
N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. DE SARA Aude, chercheuse principale, a mené les 17 entretiens	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
2. Infirmière, étudiante en Master en Sciences infirmières	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Infirmière en dialyse péritonéale au Luxembourg	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Féminin	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Recherche qualitative de la carence du noyer	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Qui la recherche était menée de plusieurs participants	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Objet de l'étude présenté par courriel institutionnel et carte d'invitation avant l'entretien.	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Double position, intérêt personnel pour le sujet, déclaré en préalable et forces et limites.	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Étude qualitative exploratoire, analyse thématique inductive de Braun et Clarke, <i>Theory of uncertainty in illness</i> (Nisbet, 1988).	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Raisonnement non probabiliste fondé sur le volontariat.	Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige
11. Courriel institutionnel via les responsables de la recherche des établissements.	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 17 participants (5 profits)	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. Non réponses : 5 Réponse écrite non contributive : 1	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Lieu de travail des participants, visioconférence.	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ? Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. cf. Tableau 2.	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? Par exemple : données démographiques, date
Recueil des données		
17. Qui, adapté par profil, pré-testé auprès d'un interne et d'une infirmière.	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio (dictaphone)	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Non réalisé.	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?

Traduction de dix lignes directrices pour des articles de recherche

Tableau I. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ (suite).

N°	Item	Guide questions/description
21. 35 à 70 minutes	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (<i>focus group</i>) ?
22. Oui, suffisance informationnelle	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?
23. Non	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : Analyse et résultats		
Analyse des données		
24. Un	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non fournie ; thématique par profil (tableaux 3 à 4)	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Indéfinie, à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Whisper (Transcription) et Tagette (codage)	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Restriction envisagée après la rédaction	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
29. Oui, tableaux 3 à 4 avec codes participants	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui : 5 thèmes présentés séparément avec tableaux dédiés	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Sans thèmes détaillés, chaque signifié, précité par profil aussi	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

séparément l'une à l'autre lorsqu'elles étaient contradictoires, pour être confrontées, discutées et régularisées ; en cas de discordance persistante l'auteur décidait en privilégiant les principes de fidélité au texte initial et de conformité aux usages francophones. Le résultat obtenu a été soumis à un méthodologiste expérimenté pour relecture finale. Il n'a pas été effectué de traduction inversée (*back-translation*) par défaut de traducteur subsidiaire maîtrisant suffisamment les subtilités méthodologiques de ces contenus spécifiques.

• Commentaires particuliers

Le « *focus group* » est une méthode qualitative connue en France de longue date, le plus souvent sous son appellation anglophone [11] ; elle est utilisée dans le monde médical mais aussi dans divers autres domaines : informatique, marketing (*marketing*), politique, psychologie sociale, etc. [12]. On trouve plusieurs traductions francophones de l'expression native : notamment « groupe de discussion » et « groupe d'expression » qui est aussi usitée dans le domaine médical [13]. Les lignes directrices COREQ s'inscrivent dans le cadre de recherches qualitatives utilisant le « *focus group* » comme outil méthodologique de recueil de données, et non comme simple vecteur d'expression d'idées, d'opinions ou de vécus, etc. Pour bien correspondre à ce cadre scientifique, il a été décidé

de considérer l'appellation du GROUM-F¹ : « entretien collectif », qui établit un parallèle avec l'« entretien individuel ». Tout comme il existe différents types d'« entretiens individuels » (dirigé, semi-dirigé, non structuré, compréhensif, etc.), il existe différents types d'« entretiens collectifs » ; aussi pour éviter toute confusion et évoquer la notion de focalisation thématique contenue dans l'appellation anglophone native, il a été décidé de retenir l'expression « entretien de groupe focalisé », utilisée par certains chercheurs [14]. Pour faciliter l'appropriation de cette traduction moins connue, l'appellation anglophone « *focus group* » est systématiquement citée entre parenthèses à la suite.

Pour reproduire le même parallélisme, le terme « *interview* » a systématiquement été traduit par « entretien individuel ».

Le terme « enquêteur », plus usité et conforme en langue française, a été préféré pour traduire le terme « *interviewer* ».

¹ GROUPE Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone (GROUM-F) : www.groumf.fr.

Source : Grille COREQ, version française traduite et adaptée par Gedda M., à partir de l'article original de Tong A, Sainsbury P, Craig J (2007) (38,49)

10.7. Annexe 7 : Comités d'éthique

10.7.1. Comité d'éthique belge

Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (707)



Sart Tilman, le 9 juillet 2026

Madame le **Prof. A-F. DONNEAU**
Madame **Aurélié DE SOUSA**
Département des **SCIENCES INFIRMIERES**
de **PRATIQUE AVANCEE**
ULIEGE

Concerne: Votre demande d'avis au Comité d'Ethique
Notre réf: 2025/594 CORRECTIF (changement de titre)

Ancien titre :

"Comment la faisabilité de l'implantation du rôle d'Infirmier en Pratique Avancée en néphrologie peut-elle être envisagée dans le contexte luxembourgeois, en l'absence de cadre légal ?

Nouveau titre :

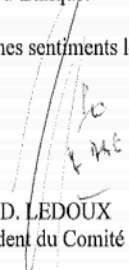
« Comment l'évolution des pratiques infirmières vers un rôle de pratique avancée en néphrologie est-elle perçue et envisagée au Luxembourg, en l'absence de cadre légal ? »

Cher Collègue,

Le Comité n'émet pas d'objection éthique à la réalisation de cette étude. Il vous recommande toutefois de vous assurer du respect de la réglementation en matière de protection des données et de vous conformer aux lois en vigueur dans le pays où l'étude sera réalisée.

Vous trouverez, sous ce pli, la composition du Comité d'Ethique.

Je vous prie d'agréer, Cher Collègue, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Prof. D. LEDOUX
Président du Comité d'Ethique

C.H.U. de LIEGE – Site du Sart Tilman – Avenue de l'Hôpital, 1 – 4000 LIEGE
Président : Professeur D. LEDOUX
Vice-Présidents : Docteur G. DAENEN – Docteur E. BAUDOUX – Professeur P. FIRKET
Secrétariat administratif : 04/323.21.58
Coordination scientifique: 04/323.22.65
Mail : ethique@chuliege.be
Infos disponibles sur: <http://www.chuliege.be/orggen.html#ceh>

MEMBRES DU COMITE D'ETHIQUE MEDICALE
HOSPITALO-FACULTAIRE UNIVERSITAIRE DE LIEGE

Monsieur le Professeur Didier LEDOUX Intensiviste, CHU	Président
Monsieur le Docteur Etienne BAUDOUX Expert en Thérapie Cellulaire, CHU	Vice-Président
Monsieur le Docteur Guy DAENEN Honoraire, Gastro-entérologue, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur le Professeur Pierre FIRKET Généraliste, membre extérieur au CHU	Vice-Président
Monsieur Resmi AGIRMAN Représentant des volontaires sains, membre extérieur au CHU	
Madame Viviane DESSOUROUX Représentant (e) des patients, membre extérieure au CHU	
Madame Régine HARDY / Madame la Professeure Adélaïde BLAVIER (suppléante) Psychologue, CHU Psychologue, membre extérieure au CHU	
Madame Céline KEMPENEERS Pédiatre, CHU	
Madame Sophie KESSELER Infirmière, CHU	
Monsieur le Professeur Maurice LAMY Honoraire, Anesthésiste-Réanimateur, membre extérieur au CHU	
Madame Marie LIEBEN Philosophe, membre extérieure au CHU	
Monsieur Jacques LOMBET Pédiatre, Citadelle	
Madame Patricia MODANESE Infirmière cheffe d'unité, CHU	
Madame la Professeure Anne-Simone PARENT Pédiatre, CHU	
Monsieur Stéphane ROBIDA Juriste, membre extérieur au CHU	
Madame Isabelle ROLAND Pharmacienne, CHU	
Madame la Docteure Isabelle RUTTEN Radiothérapeute, membre extérieure au CHU	
Monsieur le Professeur Vincent SEUTIN Pharmacologue, membre extérieur au CHU	

10.7.2. Comité d'éthique luxembourgeois



COMITÉ NATIONAL
D'ÉTHIQUE DE RECHERCHE

Président : Dr LENS Vincent, médecin-spécialiste en radiodiagnostic

Vice-Président : M. ELTER Robert, chimiste

Membres :

Prof. ANTON Fernand, doctorats en psychologie et en physiologie, chercheur en neurosciences comportementales

Mme BAEHR Christine, infirmière en anesthésie et réanimation

Dr phil. BENOY Charles, PhD, psychologue clinicien et psychothérapeute

Dr BORRELLI Francesca, PhD, conseillère R&D et innovation

Dr Carine DE BEAUFORT, médecin-spécialiste en pédiatrie

Mme KRÜCKEN Ingrid, représentante des patients

Dr LE MOINE Françoise, médecin spécialiste en oncologie

Dr PAULY Fernand, médecin spécialiste en pédiatrie et en médecine physique et de réadaptation

M. SCHINKER Baudouin, pharmacien

Dr SCHNEIDER Jochen, PhD, médecin spécialiste en endocrinologie et chercheur en médecine translationnelle

Dr STEIN Romain, médecin généraliste

Mme VAILLANT Isabelle, juriste

Dr VAILLANT Michel, PhD, biostatisticien

Mme Aurélie DE SOUSA

[Redacted signature]

Strassen, le 30 janvier 2026

VL/MP

Ntr.réf : 2026-13

Numéro d'enregistrement : 2026-EA-06

Concerne : demande d'exemption d'avis du CNER pour l'étude « IPA-NEPR »

Madame,

Par la présente nous accusons bonne réception de votre courriel (reçu le 17 janvier 2026) concernant l'étude intitulée « **COMMENT L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES INFIRMIÈRES VERS UN RÔLE DE PRATIQUE AVANCÉE EN NEPHROLOGIE EST-ELLE PERÇUE ET ENVISAGÉE AU LUXEMBOURG, EN L'ABSENCE DE CADRE LÉGAL ?** » et par lequel nous sont parvenus les documents énumérés sur le formulaire (en annexe).

Nous vous confirmons, après examen de ces documents, que cette étude considérée hors champ pour le CNER ne requiert pas son avis, sous condition qu'elle s'adresse exclusivement à des professionnels de santé et des représentants institutionnels, et qu'aucun patient ne soit inclus.

Le CNER vous fait cependant part des remarques suivantes :

La modification apportée au protocole pour répondre à la demande du CNER d'y « *inclure un état des lieux (tableau comparatif) de la mise en place de rôles infirmiers de ce type en Europe, et des législations afférentes* », ne semble pas adéquate :

Secrétariat : CNER

2, rue Thomas Edison
Tél. : (352) 247 65651 / (352) 247 65650 / (352) 247 55518

L-1445 Strassen



Le tableau ne cite pas les textes législatifs de manière exacte. Il faudrait être plus précis dans un protocole d'étude s'intéressant à l'encadrement légal d'une profession de santé.

Concernant le Luxembourg, vous mentionnez la *Loi du 26 mars 1992 relative à l'exercice et à la revalorisation de certaines professions de santé*, mais ne mentionnez pas la *Loi du 29 juin 2023 portant modification de la loi modifiée du 26 mars 1992 sur l'exercice et la revalorisation de certaines professions de santé*.

Il paraît essentiel de considérer et mentionner cette loi, car les actes que peut réaliser un(e) infirmier(ère) (même si la dénomination d'"infirmier(ère) en pratiques avancées" n'y apparaît pas) y ont été élargis et incluent les actes suivants spécifiques au domaine de la néphrologie : "mise en route et arrêt d'une première hémodialyse, ultrafiltration ou dialyse péritonéale".

Veuillez croire, Madame, à l'expression de nos salutations les plus distinguées.

Dr Vincent Lens
Président

DECLARATION DU COMITE NATIONAL D'ETHIQUE DE RECHERCHE

Numéro d'enregistrement :	2026-EA-06
Identification de l'investigateur(trice):	Aurélie De Sousa
Identification du protocole :	IPA-NEPR

Les documents suivants ont été reçus au secrétariat du Comité National d'Éthique de Recherche

	Oui	Non
Lettre d'accompagnement :	☐	☒
Fiche synthétique :	☐	☒
Protocole d'étude : Protocole v2 dd 07-JAN-2026	☒	☐
Résumé du protocole d'étude : Résumé protocole v2 dd 07-JAN-2026	☒	☐
Brochure de l'investigateur(trice) :	☐	☒
Feuilles d'information du/de la patient(e) et formulaires de consentement éclairé :		
Version française : -ICF cadres de soins v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
-ICF Médecins v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
-ICF Représentants institutionnels v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
Version allemande : -ICF cadres de soins v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
-ICF Médecins v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
-ICF Représentants institutionnels v2 dd 06-JAN-2026	☒	☐
Modalités de recrutement des patient(e)s :	☐	☒
Réparation/Indemnisation aux patient(e)s :	☐	☒
Certificat d'assurance :	☐	☒
Accord financier :	☐	☒
Publicité à utiliser :	☐	☒
CV : de Mme De Sousa v1 dd 11-OCT-2025	☐	☒
Autres : -Ces documents nous sont parvenus par e-mail de Mme De Sousa (Université de Liège) dd 17-JAN-2026	☒	☐
-Mail de réponse aux remarques du CNER dd 17-JAN-2026	☒	☐
-Carte invitation FHL et MISA (DE & FR) v2 dd 08-JAN-2026	☒	☐
-Carte invitation médecins et cadres de soins CHL (DE & FR) v2 dd 08-JAN-2026	☒	☐
-Carte invitation médecins et cadres de soins HRS (DE & FR) v2 dd 08-JAN-2026	☒	☐
-Convention de collaboration Université de Liège TFE (draft)	☒	☐
-Guide entretien cadres de soins (DE & FR) v2 dd 03-JAN-2026	☒	☐
-Guide entretien FHL (DE & FR) v2 dd 03-JAN-2026	☒	☐
-Guide entretien Médecins (DE & FR) v2 dd 03-JAN-2026	☒	☐
-Guide entretien Ministère (DE & FR) v2 dd 03-JAN-2026	☒	☐
-Microsoft Forms FHL et Ministère de la Santé v2 dd 08-JAN-2026 (DE & FR)	☒	☐
-Microsoft Forms Médecins et cadres de soins CHL v2 dd 08-JAN-2026 (DE & FR)	☒	☐
-Microsoft Forms Médecins et cadres de soins HRS v2 dd 08-JAN-2026 (DE & FR)	☒	☐



Le CNER travaille dans le respect des principes de la Déclaration d'Helsinki et de la Convention d'Oviedo, des règles établies par la Conférence internationale d'harmonisation (ICH), du Règlement sur les essais cliniques UE 536/2014, de la loi du 8 mars 2018 sur les hôpitaux et du Règlement grand-ducal du 26 juin 2019 sur le fonctionnement du CNER.

Signature du Président :	Nom en lettres capitales :	Date de la signature :
	Dr Vincent LENS	30/01/2026

Secrétariat : CNER

2, rue Thomas Edison
Tél. : (352) 247 65651 / (352) 247 65650 / (352) 247 55518

L-1445 Strassen

10.8. Annexe 8 : État des lieux européen des rôles infirmiers en pratique avancée

Tableau représentant l'état des lieux européen des rôles infirmiers en pratique avancée (arrêté au 11 août 2026).

Pays	Rôle / intitulé courant	Statut (cadre légal)	Base / référence (Législation ou autorité)	Formation (niveau)	Autonomie / actes (synthétique)
France	Infirmier en Pratique Avancée (IPA)	Cadre légal national	- Code de la santé publique, art. L.4301-1 à L.4301-5 (50) - Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 (20) - Décret n° 2025-55 du 20 janvier 2025 : accès direct et primo-prescription (51)	Master	- Suivi et coordination - Accès direct et primo-prescription depuis 2025 - Activités définies par textes
Belgique	Infirmier de pratique avancée (IPA)	Cadre légal national	- Loi coordonnée du 10 mai 2015, art. 46/1 (52) - Arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les critères pour porter le titre d'IPA (53) - Arrêté royal du 14 avril 2024 fixant les activités cliniques et actes médicaux (21) - Arrêté royal du 16 janvier 2025 reportant l'entrée en vigueur de la prescription (22)	Master	- Actes cliniques définis par arrêté royal ; - Agrément du titre obligatoire depuis le 1er janvier 2025 - Prescription de médicaments et rédaction de certificats depuis le 1er janvier 2026
Pays-Bas	Verpleegkundig Specialist (Nurse Specialist)	Reconnu et régulé	- Wet BIG (professions de santé) (19) - Enregistrement obligatoire au BIG-register	Master	- Autonomie clinique accrue - Périmètre défini par cadre national
Irlande	Advanced Nurse Practitioner (ANP)	Reconnu (standards + registre professionnel)	- NMBI : standards et registre Advanced Practice (18) - Référentiel international ICN (15)	Master expérience +	Autonomie avancée selon standards

Pays	Rôle / intitulé courant	Statut (cadre légal)	Base / référence (Législation ou autorité)	Formation (niveau)	Autonomie / actes (synthétique)
Royaume-Uni	ACP / ANP (termes variables)	Titre non protégé au niveau national (variabilité)	- Régulation NMC sans titre APN unique - Cadres NHS et employeurs ; guide RCN (39)	Souvent Master	Variable selon employeur/cadre local
Allemagne	APN / Pflegeexpert(in)	Non harmonisé (pas de loi APN unique)	- Absence de titre national unique - Cadres et projets régionaux (43)	Souvent Master	Variable selon Länder/structures
Suisse	APN	Hétérogène (pas de cadre fédéral unique)	- Législations cantonales et lois générales de santé - Absence de cadre fédéral (14,18)	Master	Variable selon canton/institution
Espagne	EPA (pratique avancée)	Hétérogène (régional)	- Cadres définis par les communautés autonomes - Pas de loi nationale APN (18,43)	Souvent Master	Variable selon région
Italie	Pratique avancée infirmière	Développement variable	- Référentiels professionnels - Pas de cadre légal national APN (18,43)	Souvent Master	Variable selon structure
Portugal	Pratique avancée infirmière	Développement variable	- Régulation par l'Ordem dos Enfermeiros - Pas de loi spécifique APN (18,43)	Souvent Master	Variable selon structure

Pays	Rôle / intitulé courant	Statut (cadre légal)	Base / référence (Législation ou autorité)	Formation (niveau)	Autonomie / actes (synthétique)
Pays nordiques (Suède/ Finlande/ Danemark/ Norvège)	Spécialisations / APN (selon pays)	Cadres nationaux variables	Lois nationales de santé et autorités nationales compétentes (17,18)	Spécialisation / souvent Master	Extensions de compétences variables selon cadres nationaux (ex. : droits de prescriptions limités en Suède et en Finlande)
Luxembourg	Aucun intitulé reconnu (fonction non nommée)	Absence de cadre spécifique à la pratique avancée	- Loi du 26 mars 1992 relative à l'exercice et à la revalorisation de certaines professions de santé : aucune disposition relative à la pratique avancée (41) - Loi du 29 juin 2023 : élargissement des actes infirmiers, sans création d'un rôle de pratique avancée (42) - Health System Review 2024 (33) - Loi du 27 juillet 2026 (40)	Master accessible à l'étranger, sans reconnaissance de la fonction au niveau national	- Non défini - Périmètre dépendant de l'organisation institutionnelle et des accords locaux

Sources : Les numéros entre parenthèses renvoient à la bibliographie du mémoire.

10.9. Annexe 9 : Le rôle infirmier luxembourgeois au regard de la pratique avancée

Tableau représentant la perspective du rôle infirmier luxembourgeois actuel au regard de la pratique infirmière avancée (arrêté au 11 août 2026)

Critères	Luxembourg (cadre infirmier actuel)	IPA / Pratique avancée (référence internationale)
Titre et reconnaissance	- Titre d'infirmier responsable de soins généraux protégé - Spécialisations reconnues (pédiatrie, anesthésie et réanimation, etc.) - Aucun titre d'infirmier en pratique avancée (41,42)	- Titre protégé et encadré dans les pays dotés d'un cadre dédié : France, Belgique, Pays-Bas, Irlande (15,19,20,52)
Base légale des attributions	- Annexe 1 de la loi modifiée du 26 mars 1992, introduite par la loi du 29 juin 2023 - Reprend largement le règlement grand-ducal du 21 janvier 1998, abrogé (41,42)	- Textes propres à la pratique avancée : décrets IPA en France - Art. 46/1 et arrêtés royaux en Belgique - Wet BIG aux Pays-Bas (19,20,51,52)
Niveau de formation	- Infirmier responsable de soins généraux : BTS (180 ECTS d'enseignement supérieur) - Spécialisations : 120 ECTS supplémentaires - Aucune filière de pratique avancée au niveau national (42)	- Master, le plus souvent 120 ECTS, assorti d'une expérience clinique préalable (15,18,43)
Autonomie clinique	- Rôle propre reconnu : surveillance clinique, diagnostic infirmier, appréciation de l'évolution de l'état de santé - Autres actes sur prescription ou protocole médical (41,42)	- Évaluation clinique avancée et décision clinique autonome dans un périmètre défini - Ajustement thérapeutique selon les pays (15,18,39)
Prescription	- Aucune compétence de prescription reconnue (41,42)	- Primo-prescription en France depuis 2025 - Prescription en Belgique depuis 2026 - Prescription étendue aux Pays-Bas

Critères	Luxembourg (cadre infirmier actuel)	IPA / Pratique avancée (référence internationale)
		- Independent prescribers au Royaume-Uni (19,22,39,51)
Régulation et enregistrement	- Autorisation d'exercer délivrée par le ministre ayant la Santé dans ses attributions - Aucun enregistrement propre à un rôle avancé (42)	- Registre, agrément ou endossement dédié conditionnant l'exercice : BIG-register, NMBI, agrément fédéral belge (18,19,52)
Implication néphrologie	- Actes infirmiers élargis depuis la loi du 29 juin 2023, incluant la mise en route et l'arrêt d'une première hémodialyse, ultrafiltration ou dialyse péritonéale. - Aucune disposition relative à la pratique avancée. - Organisation dépendante des établissements hospitaliers (41,42)	- Rôle mobilisé dans le suivi de la maladie rénale chronique : éducation thérapeutique, coordination du parcours, préparation à la suppléance (18,43)
Évolution en cours	- Loi du 27 juillet 2026 remplaçant l'annexe 1 relative à la profession d'infirmier, adoptée le 14 juillet 2026 (40) - Motion parlementaire 4860 sur l'élaboration des modifications, adoptée le 14 juillet 2026 (47) - Motion parlementaire 4861 sur la réouverture du dossier relatif au cadre légal de la profession infirmière rejetée le 14 juillet 2026 (44) - Motion parlementaire 4862 sur la prescription infirmière rejetée le 14 juillet 2026 (45)	- Cadres révisés périodiquement (Pays-Bas) ou étendus par étapes : France en 2025, Belgique en 2026 (18,22,51)

Sources : Les numéros entre parenthèses renvoient à la bibliographie du mémoire.