

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN OUTAOUAIS

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
JEAN ERIC DEFO KADJE

APPRÉCIATION DES INFIRMIÈRES DE LEUR DEGRÉ DE COLLABORATION
AVEC LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES : CAS DES
INFIRMIÈRES EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES DU QUÉBEC

DECEMBRE 2022

Sommaire

L'intégration des infirmières¹ praticiennes spécialisées (IPS) dans le réseau de santé du Québec avec pour objectif d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé ainsi que leur qualité se fait de manière graduelle. Ces IPS sont appelées à travailler en collaboration avec les infirmières avec qui elles partagent plusieurs activités professionnelles (AP). Force est de constater que les écrits scientifiques sur la collaboration entre les IPS et les infirmières sont rares en général. Plus encore, ils sont à notre connaissance inexistantes en régions éloignées (RE). Les infirmières dans ces régions ont un rôle dit élargi à cause des nombreuses AP supplémentaires qu'elles peuvent réaliser. Ainsi, leurs AP semblent chevaucher avec celles des IPS et engendrer par là même des difficultés de collaboration.

L'objectif de cette étude a été d'examiner l'appréciation des infirmières en régions éloignées (IRE) du Québec de leur degré de collaboration avec les IPS. Plus spécifiquement, il s'agit d'abord de décrire les AP des IRE, et ensuite d'examiner l'influence de ces AP des IRE sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS.

L'étude a été guidée par un cadre de référence développé par l'adaptation et la combinaison des cadres de référence de Kilpatrick et al. (2013, 2016) sur les rôles infirmiers en pratique avancée et de D'Amour (D'Amour et al., 2008; D'Amour, 2002) sur la structuration de collaboration professionnelle. Cette étude quantitative non

¹ L'utilisation du féminin a été privilégiée pour la rédaction de ce mémoire, puisqu'il s'intéresse à la collaboration intra professionnelle infirmière, une profession ancrée dans l'histoire de la femme (Collière, 1982).

expérimentale de type descriptif corrélationnel s'appuie sur des données secondaires d'une vaste étude portant sur le déploiement des IRE, plus précisément dans la région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec. Les données avaient été collectées auprès des IRE exerçant dans cette région grâce à un questionnaire en ligne. L'analyse de ces données a été faite d'une part avec la statistique descriptive couplée à l'analyse en composantes principales avec pour objectif de décrire les AP des IRE. D'autre part, des analyses bivariées ont été utilisées afin de tester différentes relations, dont celle entre les différentes AP de l'IRE et ceux du degré de collaboration IRE - IPS dans le but d'examiner l'influence de ces AP sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS.

Les résultats de cette étude ont montré que les AP des IRE peuvent être classés en trois grands groupes : les AP les plus réalisées ; les AP moyennement réalisées ; et les AP les moins réalisées. Aussi, il ressort de ces résultats qu'il y a chez les IRE un potentiel de collaboration avec les IPS uniquement lorsqu'il s'agit de pratiquer des AP les moins réalisées.

Ces résultats permettent d'apprécier la collaboration intra professionnelle en sciences infirmières. Ils pourraient fournir des leviers sur lesquels on pourrait agir afin de favoriser la collaboration intra professionnelle infirmière – IPS, et ce dans un dessein de meilleure prise en charge de la population.

Mots clés :

Collaboration intra professionnelle; infirmière; infirmière praticienne spécialisée; régions éloignées; recherche quantitative.

Keywords :

Intra-professional collaboration; nurse; specialized nurse practitioner; remote areas; quantitative research.

Table des matières

Sommaire	ii
Table des matières.....	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des abréviations.....	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Objectifs de recherche	3
Recension des écrits.....	5
Description des activités professionnelles de l’infirmière en régions éloignées.....	7
Description des activités professionnelles de l’infirmière praticienne spécialisée	14
La collaboration intra professionnelle	16
Cadre de référence	20
Questions de recherche.....	26
Méthode.....	27
Devis de recherche	28
Milieu de l’étude.....	28
Population cible et échantillonnage.....	30
Collecte et outil de collecte de données	31
Variables à l’étude.....	32
Variable dépendante.	32
Variable indépendante.	34

Variables confondantes.....	34
Analyse de données	44
Considérations éthiques.....	46
Résultats	48
Caractéristiques des infirmières en régions éloignées.....	49
Activités professionnelles réalisées par les infirmières en régions éloignées	51
Temps consacré par les infirmières en régions éloignées aux activités professionnelles	52
Classification des activités professionnelles selon leurs fréquences de réalisations.	52
Profil des infirmières en régions éloignées selon les six activités professionnelles.....	57
Soins cliniques	57
Activités éducatives	61
Activités de recherche et de projet.....	65
Activités de leadership organisationnel	68
Activités de perfectionnement académique	73
Activités de consultation.....	77
Profil des infirmières en régions éloignées selon leurs fréquences de réalisations des activités professionnelles.....	79
Activités professionnelles les moins réalisées.....	79
Activités professionnelles moyennement réalisées.....	81
Activités professionnelles les plus réalisées	83
Collaboration entre les infirmières en régions éloignées et les infirmières praticiennes spécialisées	87
Profil des infirmières en régions éloignées selon le degré de collaboration.	89
Influence des activités professionnelles des infirmières en régions éloignées sur la collaboration IRE-IPS	91
Discussion.....	93
Forces et limites.....	98

Implications pour la science infirmière	93
Pratique clinique.	93
Formation.....	93
Gestion.	94
Recherche.....	94
Conclusion.....	96
Références	99
Appendice A. Certificat éthique.....	109
Appendice B. Courriel de recrutement	111
Appendice C. Formulaire de consentement.....	113
Appendice D. Questionnaire	117
Appendice E. Définitions opérationnelles des variables	147
Appendice F. Tableau des résultats.....	163

Liste des tableaux

Tableau 1. Définitions opérationnelles de la variable dépendante.....	33
Tableau 2. Définitions opérationnelles de la variable indépendante.....	34
Tableau 3. Définitions opérationnelles des variables confondantes	35
Tableau 4. Pourcentage de temps consacré aux activités professionnelles des IRE.....	52
Tableau 5. Statistiques descriptives des six activités professionnelles de l'IRE.....	53
Tableau 6. Matrice de corrélation	54
Tableau 7. Indice KMO et test de Bartlett	55
Tableau 8. Variance totale expliquée	56
Tableau 9. Rotation de la matrice des composantes	56
Tableau 10. Profil des IRE selon les soins cliniques	58
Tableau 11. Profil des IRE selon les activités éducatives.....	62
Tableau 12. Profil des IRE selon les activités de recherche et de projet	66
Tableau 13. Profil des IRE selon les activités de leadership organisationnel.....	69
Tableau 14. Profil des IRE selon les activités de perfectionnement académique.....	74
Tableau 15. Profil des IRE selon les activités de consultation	77
Tableau 16. Profil des IRE selon les activités professionnelles les moins réalisées.....	80
Tableau 17. Profil des IRE selon les activités professionnelles moyennement réalisées	82
Tableau 18. Profil des IRE selon les activités professionnelles les plus réalisées.....	84
Tableau 19. Collaboration entre IRE et IPS.....	88
Tableau 20. Profil des IRE selon le degré de collaboration avec l'IPS	90
Tableau 21. Résultats du test statistique entre les activités professionnelles de l'IRE et le degré de collaboration IRE - IPS	92

Liste des figures

Figure 1. Modèle théorique de l'évaluation de la qualité des soins de Donabedian.	21
Figure 2. Modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour.	24
Figure 3. Cadre de référence de l'étude.	25
Figure 4. Tracé d'effondrement.	53

Liste des abréviations

ACP	Analyse en composantes principales
AIIC	Association des infirmières et des infirmiers du Canada
AP	Activités professionnelles
CGPIN	Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations
ICS	Infirmière clinicienne spécialisée
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
IRE	Infirmière en région éloignée
IRELA	Infirmière en région éloignée avec rôle élargi
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
PCAP	Propriété, contrôle, accès et possession
RE	Région éloignée

Remerciements

Ce travail a connu quelques étés avec un parcours marqué par plusieurs défis. Il m'est particulièrement agréable d'exprimer ma gratitude et mes remerciements à tous ceux et celles qui par leurs enseignements, leurs soutiens et leurs conseils judicieux m'ont aidé à sa réalisation.

Il s'agit tout d'abord de mes directeurs de recherche, messieurs Drissa Sia et Éric Tchouaket. J'ai été particulièrement marqué par vos qualités humaines, scientifiques et cliniques. Votre patience, vos précieux conseils, vos encouragements, et vos nombreuses disponibilités mêlées à vos rires contagieux m'ont permis de mener à terme ce projet qui me tenait à cœur. Merci de m'avoir initié aux rouages de la recherche en sciences infirmières et d'avoir suscité en moi cette envie de poursuivre dans ce domaine. J'espère que nous aurons l'occasion de nous côtoyer encore longtemps dans les prochaines années. J'en profite également pour remercier l'ensemble du corps professoral pour la qualité des enseignements prodigués pendant ce parcours. Puissent ces lignes être l'expression de ma profonde gratitude.

Je tiens aussi à remercier ma conjointe, Suzy Flore, ainsi que mes enfants qui m'ont soutenue tout au long de ce parcours. Sachez que vous avez été pour moi une source d'énergie intarissable. Votre support a été bénéfique et je me sens privilégié de vous avoir à mes côtés. Je vous suis donc infiniment reconnaissant. Je souhaite également remercier mes parents, mes beaux-parents, mes frères et sœurs, mes amis et mes collègues qui m'ont

apporté leur confiance et leur support tant moral qu'intellectuel tout au long de cette démarche.

Enfin, je souhaite remercier chaleureusement madame Annie Beaudette, coordonnatrice du vaste projet initial dont fait partie cette étude, pour son implication majeure et son dévouement à la réussite de ce projet. Je ne saurais terminer sans remercier toutes les infirmières et infirmières gestionnaires œuvrant dans la région d'*Eeyou-Istchee* du Nord-du-Québec qui ont gracieusement accepté de participer à la collecte de données de ce vaste projet. Vos bienfaits à cette population sont inestimables. Vous inspirez confiance et vous travaillez avec compétence et bienveillance afin d'offrir des soins de qualité. Aussi, sachez que sans votre générosité dans les témoignages et sans votre sérieux dans la complétion du questionnaire d'enquête, les résultats obtenus dans cette étude n'auraient jamais été aussi pertinents.

Introduction

Les systèmes de santé des pays développés font face à plusieurs enjeux, dont les inégalités en matière de santé (Barrios Quinta et al., 2022; Kwang Chien et al., 2018; World Health Organization, 2022), les insuffisances dans l'offre de soins globaux et continus (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022b; World Health Organization, 2022), les adaptations aux avancées technologiques (Kwang Chien et al., 2018; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2019; Shahnaz et al., 2019), et les changements démographiques (Barrios Quinta et al., 2022; Gysin et al., 2019; Kilpatrick et al., 2020; Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022b). Tous ces défis semblent contribuer à deux problèmes majeurs, dont l'accès limité aux soins de santé et une diminution de leurs qualités. De nombreuses études suggèrent qu'une meilleure intégration des IPS dans le réseau de la santé pourrait aider à pallier ces deux problèmes (Chouinard et al., 2017; Kilpatrick et al., 2019; Kilpatrick et al., 2016; Kilpatrick et al., 2020; Poghosyan et al., 2017; Sangster-Gormley et al., 2011; Tchouaket et al., 2020).

Au Québec, depuis 2017, le gouvernement s'est fixé pour objectif de former jusqu'à 2000 IPS d'ici 2024-2025 afin d'offrir des soins de santé à la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022a). Ces professionnelles de soins seront appelées à jouer un rôle majeur au Québec en général, et en régions éloignées plus spécifiquement en raison du fait qu'elles constituent une base importante de ressources humaines à même de pallier à la pénurie du personnel médical, plus précisément les médecins (Gysin et al., 2019; Kilpatrick et al., 2020). Ces infirmières détentrices d'une formation de niveau maîtrise, d'une expertise clinique approfondie, des compétences

médicales et des qualités de leadership ont un rôle étendu (Landry et al., 2020) et complexe qui peut engendrer des difficultés de collaboration avec les autres membres de l'équipe de soins. En effet, elles sont appelées dans leur fonction à travailler en collaboration avec d'autres professionnelles de soins, dont les infirmières (infirmières techniciennes, infirmières cliniciennes, etc.) avec qui elles partagent plusieurs activités professionnelles (AP) qui semblent parfois se chevaucher. Il s'avère alors important de mieux comprendre le processus de collaboration avec ces autres infirmières afin de mieux l'optimiser.

S'agissant de la collaboration entre infirmières (toutes les catégories d'infirmières y compris les IPS), elle peut se définir comme étant un processus intra professionnel par lequel les infirmières se réunissent et forment une équipe pour résoudre une situation de soins ou un problème de santé d'un patient en partageant respectueusement les connaissances et les ressources (Emich, 2018). Il s'agit donc de travailler ensemble dans le but d'atteindre un objectif commun. L'*American Association of Critical - Care Nurses* considère cette collaboration comme un des facteurs essentiels pour un environnement de travail sain (Ylitörmänen et al., 2019). Aussi, la collaboration entre les infirmières a été recommandée pour réduire les erreurs médicales, améliorer les résultats des soins aux patients, et accroître la satisfaction au travail (Dougherty & Larson, 2010; Durmuş et al., 2018). Il a été également démontré qu'elle permet de développer les compétences des infirmières et de renforcer leur professionnalisme (Ylitörmänen et al., 2019). Ainsi, plusieurs publications de recherches sur la collaboration entre des infirmières ont été relevées (Durmuş et al., 2018; Moore et al., 2019; Ylitörmänen et al., 2019). Toutefois, force est de constater que la plupart des recherches sur la collaboration impliquant les IPS

précisément portent sur la collaboration avec les médecins (Chiarella et al., 2020; Crosson, 2020; Donelan et al., 2020; Greenberg et al., 2016; Norful et al., 2018; Poghosyan et al., 2020; Roots & Macdonald, 2014; Schadewaldt et al., 2016; Van der Biezen et al., 2017). Quant à la collaboration entre les IPS et les autres infirmières, les écrits scientifiques sur ce sujet sont rares. Le seul écrit trouvé date de plus de cinq ans et il porte sur ladite collaboration en milieu d'oncologie ambulatoire au Canada (Moore & Prentice, 2013). Il s'agit d'une étude réalisée en région non éloignée qui expose la difficulté de collaboration entre les IPS et les autres infirmières et qui propose quelques stratégies pour améliorer cette collaboration intra professionnelle. Ces régions non éloignées sont des milieux physiques caractérisés principalement par un accès non restreint aux services médicaux de deuxième et troisième ligne (Gagnon et al., 2013).

Objectifs de recherche

En ce qui concerne les régions éloignées plus particulièrement, de tels écrits portant sur la collaboration entre les IPS et les autres infirmières exerçant dans cette région sont à notre connaissance inexistantes. Ainsi, afin de combler la littérature sur ce sujet, la présente étude a pour **objectif** d'examiner l'appréciation que les infirmières en régions éloignées (IRE) font de leur collaboration avec les IPS en régions éloignées du Québec. Plus spécifiquement, il s'agit en premier lieu de décrire les AP des IRE en général (**objectif spécifique 1**). Dans un second lieu, il est question d'examiner l'influence de ces AP des IRE sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS (**objectif spécifique 2**).

Enfin, le résultat escompté est d'identifier le profil ou le portrait des IRE qui permettent une meilleure collaboration avec l'IPS.

Recension des écrits

Le terme et « éloigné » n'a pas de définition standard (Kulig et al., 2013) dans la littérature. Ainsi, tenant compte du lieu où l'étude a été menée (région d'*Eeyou Itsee*), il a été adopté la définition de Gagnon et al. (2013) à savoir : les régions éloignées (RE) englobent une plus grande proportion de milieux ruraux, lesquels ont un accès restreint aux services médicaux de deuxième ou troisième ligne. Dans ces régions à faible densité de population, les localités sont situées à plus de 2,5 heures par voie terrestre, maritime ou aérienne d'un noyau urbain de plus de 500 000 habitants (Gagnon et al., 2013).

Les personnes vivant en RE, dont celles du Nord-du-Québec sont généralement en moins bonne santé que celles vivant en régions non éloignées (Kosteniuk et al., 2016; Muirhead & Birks, 2019; White, 2013). En effet, ces populations sont confrontées à une incidence élevée de pathologies complexes et d'autres problèmes de santé telles que les maladies chroniques, les traumatismes physiques et les morts prématurées (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2017; Muirhead & Birks, 2019). Au Québec, en 2021, 46 673 personnes résidaient dans le Nord-du-Québec, soit 0,54% de la population provinciale (Institut de la statistique du Québec, 2022). De plus, cette population était prise en charge par seulement 696 infirmières et deux IPS (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2021), ainsi que par 160 médecins (Collège des médecins du Québec, 2022). Cela représentait respectivement 0,9%, 0,24%, et 0,73% de l'effectif provincial d'infirmières, d'IPS et de médecins. Cette disparité entre la taille de la population et le nombre de ce personnel soignant (infirmières, IPS et médecins) met clairement en évidence l'inégalité persistante des ressources et des options de soins pour cette population. Ainsi, dans ce contexte de déficit important en personnel médical en RE,

le personnel infirmier se retrouve donc au premier plan dans l'offre de soins dans ces communautés (Muirhead & Birks, 2019). En conséquence, il pourrait être amené à agir au-delà de ses AP en y incluant celles dévolues au personnel médical (Feringa et al., 2018; MacLeod et al., 2019). Il s'avère donc important de comprendre les AP des IRE pour mieux cerner les difficultés afférentes ainsi que leur impact sur l'atteinte de l'objectif principal du système de santé qu'est l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2019). De nombreuses publications discutent justement des AP de ces IRE. La section ci-dessous se veut être un résumé de la littérature consultée à ce sujet. Sont abordées dans l'ordre : la description des AP de l'IRE; la description des AP de l'IPS; et le concept de collaboration intra professionnel.

Description des activités professionnelles de l'infirmière en régions éloignées

Un rapport de recherche de Lazure (2002) portant sur la nature de la pratique infirmière en RE au Québec a discuté de la nature de la pratique infirmière exerçant dans ce type de régions. Il s'agit d'une étude qualitative qui s'inscrit dans le cadre d'une recherche pancanadienne intitulée « The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada » (Macleod et al., 2004). L'objectif principal de cette étude était de mieux comprendre ce que vivent les infirmières et d'appréhender certains enjeux de leur pratique. Elle s'appuie sur une approche phénoménologique de type herméneutique. Les résultats de cette étude ont montré que les infirmières ont un rôle polyvalent et complexe portant non seulement sur la fonction clinique (examen physique, dépistage et traitement

curatif de la maladie), mais aussi sur la fonction d'assistance aux personnes et leurs familles vivant des problèmes de santé mentale ou des événements de vie traumatisants. De plus, elles ont des fonctions d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et du bien-être de la population, ainsi que des fonctions de coordination assurant les liens administratifs entre le client et les autres professionnels de la santé ou entre le dispensaire et le centre hospitalier local ou vers l'un des hôpitaux de référence de Montréal (Lazure, 2002). Le médecin n'étant pas toujours sur place, ces infirmières passent plus de temps dans les soins curatifs que préventifs: examens physiques et prise de décision des soins et traitements requis à l'aide des guides thérapeutiques; immobilisations plâtrées; plombages temporaires; examens gynécologiques; accouchements d'urgence; etc. Leur rôle est donc dit « élargi » en raison de ces AP multiples. Ainsi, en agissant parfois comme médecin, dentiste, psychologue, ou autres, les AP de ces IRE vont au-delà de ceux prescrits dans leur champ d'exercices (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2022a). Ce qui n'est pas le cas dans les hôpitaux situés en régions non éloignées. Toutefois, il s'avère primordial de souligner que ces travaux de Lazure (2002) sont antérieurs à la Loi 90 de 2003 qui est venue mieux baliser le champ de compétences des infirmières au Québec (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2022b). Enfin, il est important de souligner que ce n'est pas toutes les IRE qui exercent du rôle élargi. Dans le cadre de ce mémoire, aucune distinction ne sera faite entre les infirmières en régions éloignées avec rôle élargi (IRELA) et les IRE sans rôle élargi.

Parlant de la pratique infirmière en RE, la recherche de MacLeod et al. (2004) a quant à elle examiné la nature de l'exercice infirmier dans divers milieux de soins en RE

du Canada. Ainsi, un sondage national auprès de 3 933 infirmières autorisées a permis de recueillir des renseignements complets sur le travail des infirmières en RE. Il découle de cette étude que la complexité des problèmes de santé de la clientèle oblige les infirmières à avoir un rôle dit élargi. Pourtant, ces infirmières ont non seulement souvent un niveau de formation moins élevé que leurs collègues qui exercent en zone urbaine, mais aussi elles éprouvent des embûches dans l'acquisition de nouvelles compétences en raison de la difficulté à obtenir des qualifications cliniques et académiques supplémentaires (Macleod et al., 2004). Toutefois, elles se doivent alors de posséder des connaissances solides afin d'être capables de procéder à l'évaluation clinique de la personne qui se présente à la consultation.

La *Canadian Association of Rural and Remote Nursing* (2008) a quant à elle publié un document portant sur les paramètres de pratique pour les soins infirmiers en régions éloignées. Le but était d'aider les infirmières et infirmiers exerçant leurs fonctions en RE à discuter de leur pratique et à en manifester la valeur. Les auteurs ont trouvé que la pratique en RE est complexe et exige des connaissances et compétences diversifiées. Le niveau d'autonomie élevé et le niveau de responsabilité étaient perçus comme une lourdeur par les infirmières (Canadian Association for Rural and Remote Nursing, 2008). À titre d'exemple, cette Association confirme le fait que les infirmières soient souvent appelées à poser des gestes qui sont effectués par d'autres types de professionnels de la santé en régions non éloignées, comme ceux liés à l'inhalothérapie ou à la pharmacie : évaluation des besoins d'équipements respiratoires; test de fonction respiratoire; commande de médicaments; etc.). Aussi, le document mentionne également l'accès limité

à du soutien et à de la formation pour les IRE. Il en est de même de l'utilisation limitée voire nulle des technologies récentes ainsi que des solutions novatrices qui favorisent pourtant l'accès aux soins.

D'autre part, Kulig et al. (2013), dans leur revue portant sur une mise à jour de la pratique infirmière en RE, ont présenté leurs résultats de recherche en plusieurs thèmes, avec entre autres la description de la pratique infirmière en RE. Ces auteurs concluent que la pratique infirmière en RE inclut l'expérience d'isolement professionnel, la nécessité de prendre des décisions en toute indépendance et le besoin d'un large éventail de compétences (Kulig et al., 2013). Aussi, les auteurs indiquent que le recrutement et la rétention des professionnels de santé, y compris les infirmières, continuent d'être un défi dans les RE. Enfin, la revue mentionne qu'il demeure un manque de connaissances concernant la pratique infirmière avancée en RE. Cette pratique infirmière avancée étant définie ici comme un rôle particulier de l'infirmière qui permet de résoudre les problèmes d'accès, de qualité et de coût des soins de santé en RE.

Une autre étude de MacLeod et al. (2018), discutant de la portée de la pratique infirmière en RE du Canada, a permis de mieux comprendre la main-d'œuvre infirmière dans ces régions (MacLeod et al., 2018). En effet, il s'agissait d'une recherche dont l'un des objectifs visait à fournir des informations sur la vie professionnelle et les expériences de pratique des IRE de tous les territoires et provinces du Canada. Cette étude a permis d'appréhender l'étendue de la pratique infirmière en RE comme présentée ci-dessous:

i. Volet promotion et prévention de la santé des populations : les infirmières ont déclaré offrir des programmes de gestion des maladies chroniques (63%) et de modification du mode de vie (51%) principalement;

ii. Volet évaluation de la santé et du bien-être : les IRE du Canada ont déclaré avoir fourni des évaluations de la santé telles que l'évaluation des antécédents ciblés et une évaluation physique (70%), une évaluation complète des antécédents et une évaluation physique (60%) ainsi qu'une évaluation de la santé des personnes âgées (61%);

iii. Volet prise en charge thérapeutique : les IRE ont déclaré être responsables de l'administration (80%) et de la distribution des médicaments (54%). Près du tiers (30%) de ces infirmières ont indiqué avoir prescrit des médicaments conformément à des protocoles ou à des lignes directrices, et une petite minorité (8,3%) a indiqué qu'elles prescrivaient des médicaments de façon indépendante;

iv. Volet diagnostic, test de laboratoire et imagerie diagnostique : les IRE ont déclaré prendre et traiter des requêtes pour des tests de laboratoire (65%), des tests de diagnostic avancés (46%) et des tests d'imagerie diagnostique (54%). De plus, les répondantes de l'étude (IRE) du Canada ont déclaré que les prélèvements d'échantillons biologiques (57%) et l'interprétation de tests de laboratoire et de tests de diagnostic (46%) faisaient partie de leurs responsabilités;

v. Volet diagnostic et aiguillage : la majorité des IRE du Canada a indiqué qu'elle posait indépendamment un diagnostic infirmier basé sur des données d'évaluation (66%) et suivait des protocoles ou utilisaient des outils d'aide à la décision pour arriver à un plan de soins (76%). Un peu moins de la moitié des IRE consultaient indépendamment d'autres

professionnels de la santé (48%). En outre, 43% des infirmières ont indiqué qu'elles étaient responsables de la déclaration du décès;

vi. Volet soins d'urgence et de transport : un peu plus de la moitié des IRE ont déclaré être responsables de l'organisation du transport médical urgent (52%). Une minorité des IRE du Canada a indiqué que fournir des soins pendant le transport médical (35%), répondre ou diriger des appels d'urgence (18%) et répondre ou diriger des appels de recherche et sauvetage d'urgence en milieu rural, éloigné ou en pleine nature (5,4%) faisait partie de leur responsabilité;

vii. Volet leadership, la majorité des IRE a déclaré superviser et/ou conseiller des étudiants en sciences infirmières (67%) et collègues IRE (61%).

Il ressort donc de cette étude de MacLeod et al. (2018) que l'une des caractéristiques distinctives des soins infirmiers en RE est son vaste champ de pratique étroitement lié au contexte rural de chaque communauté et à l'accès limité aux ressources en soins de santé. Aussi, il apparaît que la grande majorité des IRE (84%) a déclaré travailler dans son champ d'activité agréé. Les IRE restantes estimaient que l'utilisation de leur rôle était inférieure au champ d'exercices autorisé (5,8%) ou supérieure à leur champ d'exercices autorisé (9,8%).

Une étude réalisée il y a deux ans en Australie a discuté du rôle des infirmières en régions rurales et éloignées (Muirhead & Birks, 2020). Cette étude avait pour principal objectif d'explorer les rôles multiples de la pratique infirmière dans ces régions. Les auteurs ont recensé et analysé les articles portant sur ce sujet et publié entre 1995 et 2017. Quatre constats majeurs ont émergé de cette étude : les IRE ne sont pas, pour la plupart,

bien préparées à l'ampleur et à la complexité de leur rôle; leur rôle est façonné par différents contextes (histoire et culture de la société, histoire et culture du milieu de soins, culture professionnelle, etc.) (Lessard, 2005); les IRE agissent comme « médecin remplaçant » et exercent différentes AP qui vont souvent au-delà de leur champ de pratique (Lazure, 2002; MacLeod et al., 2018); et enfin la pratique des IRE est polyvalente et avancée. Ce dernier point rejoint d'ailleurs celui de l'OIIQ qui, dans une publication datant de plusieurs années déjà, avait affirmé que la pratique de ces IRE était comparable à celle de l'infirmière praticienne reconnue dans les autres provinces canadiennes (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004).

Enfin, une étude très récente discutant du rôle élargi des infirmières dans les communautés autochtones du Québec, au Canada, a permis d'appréhender davantage la question (Fournier et al., 2021). En effet, il s'agissait d'une recherche qualitative qui avait pour but de fournir une compréhension approfondie du rôle élargi des soins infirmiers dans les communautés autochtones éloignées, de sa dynamique et des principaux obstacles à son essor. Grâce à des observations et des entretiens menés auprès de 49 infirmières, les auteures sont arrivées à dresser une typologie du rôle de l'IRE. Elles ont identifié quatre sous-rôles distincts : le sous-rôle administratif caractérisé principalement par la gestion de la structure et l'organisation des soins (commande de médicaments, envoi des prélèvements, transferts vers des soins de deuxième ou troisième ligne, gestion du personnel et des infrastructures, etc.); le sous-rôle infirmier caractérisé par les AP de base et traditionnelles de l'infirmière (surveillance, administration des médicaments, ajustement du plan thérapeutique infirmier, etc.); le sous-rôle médical marqué par la

capacité « déléguée » à diagnostiquer et à réaliser des actes médicaux qui sont encadrés par des protocoles de soins et des ordonnances collectives (traitements médicaux, prescription de médicaments, etc.); et, le sous-rôle communautaire qui est axé sur le suivi de la santé générale de la population par le biais de programmes communautaires (développement de programmes communautaires, développement de relation de confiance avec la communauté, etc.).

En somme, la littérature consultée semble démontrer qu'il n'existe pas qu'une seule typologie du rôle de l'IRE. Aussi, il semble se dégager que les IRE ont un rôle élargi comprenant entre autres, plusieurs AP qui pourraient se superposer avec celles des infirmières en pratique avancée comme les IPS. La description des AP des IPS qui suit permettra de clarifier la situation.

Description des activités professionnelles de l'infirmière praticienne spécialisée

L'OIIQ définit les IPS comme étant des « infirmières et infirmiers qui possèdent une expérience clinique auprès d'une clientèle visée par l'une des classes de spécialité et qui ont reçu une formation avancée de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales leur permettant l'exercice de plusieurs activités à haut risque de préjudice » (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2022c). C'est dire qu'en plus des dix-sept activités réservées aux autres infirmières (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2022a), l'IPS peut pratiquer huit autres activités autrefois réservées uniquement aux médecins : 1) le diagnostic des maladies; 2) la prescription des examens diagnostiques; 3) l'utilisation des techniques diagnostiques invasives; 4) la détermination

des traitements médicaux; 5) la prescription des médicaments et d'autres substances; 6) la prescription des traitements médicaux; 7) l'utilisation des techniques ou la réalisation des traitements médicaux invasifs; et enfin 8) le suivi de grossesses (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2022d). Cinq spécialités existent actuellement au Québec : soins de première ligne; santé mentale; néonatalogie; soins pédiatriques; et soins aux adultes. L'IPS selon sa spécialité peut exercer autant dans les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques réseau, les cabinets privés, les unités de médecine familiale (UMF), les urgences, les unités de soins, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD), ou les dispensaires.

Selon l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ), « l'infirmière praticienne spécialisée est une infirmière qui dispense, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et des soins médicaux répondant aux besoins complexes des patients et de leur famille dans un domaine de spécialité, en tenant compte de leur expérience en matière de santé. Pour ce faire, elle doit posséder l'expertise liée à un domaine clinique spécialisée qui repose à la fois sur une solide expérience dans le domaine et sur une formation de deuxième cycle en sciences infirmières et en sciences médicales » (Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec, 2022). De plus, l'IPS collabore à la formation, à la recherche et à la supervision des stages cliniques. Elle travaille en étroite collaboration avec les autres infirmières, les médecins, les ergothérapeutes, bref avec tous les membres de l'équipe soignante. En somme, ses compétences se résument aux sept aspects suivants : soins cliniques directs ; expertise-

conseil ; consultation ; collaboration ; recherche ; leadership ; et, prise de décision éthique (Hamric et al., 2019).

De tout ce qui précède, il semble se dégager que le rôle des IPS chevauche avec celui des IRE dans plusieurs AP (soins cliniques, collaboration, leadership, etc.). Il serait donc pertinent de se questionner sur leur collaboration, car elles seront appelées de plus en plus à travailler ensemble afin d'offrir de meilleurs soins aux patients. Aussi, il serait important de regarder comment les IRE apprécient leur collaboration avec les IPS dans leurs différents rôles, car cela pourrait affecter entre autres les résultats des soins dispensés à la clientèle.

La collaboration intra professionnelle

Le terme « collaboration » est composé de deux mots latins : *col* qui signifie ensemble, et *laborare* qui veut dire travailler ensemble (Dougherty & Larson, 2010; Durmuş et al., 2018). Collaborer voudrait donc dire travailler ensemble. Selon l'analyse de concept de Henneman et al. (1995), la collaboration est un processus complexe qui nécessite des compétences ainsi que de l'engagement, et la clé de la collaboration serait la confiance et le respect entre tous les professionnels impliqués (Henneman et al., 1995). D'Amour (2002), quant à elle, définit la collaboration comme « la structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'information et la prise de décision dans les processus cliniques ». D'Amour et al. (2005) citent comme principaux éléments de la collaboration : le partage, le partenariat, l'interdépendance et le pouvoir. Selon D'Amour (2002), trois principaux niveaux de

collaboration existent : interprofessionnel, interorganisationnel et intersectoriel. La collaboration intra professionnelle dont il est question dans cette section réfère à une collaboration entre infirmières uniquement, quels que soient leurs niveaux de formation.

Les quelques écrits recensés portant sur la collaboration intra professionnelle des infirmières dans le monde sont majoritairement des études qualitatives qui portent essentiellement sur l'aspect relationnel de la collaboration. D'abord, Duddle et Boughton (2007) ont réalisé une étude dans un hôpital australien avec pour but d'explorer la manière qu'ont les infirmières d'interagir entre elles dans les milieux de travail et d'identifier les facteurs qui influencent ces interactions. Après des entrevues réalisées auprès des infirmières sur trois unités de soins distincts, les auteurs sont arrivés à la conclusion selon laquelle les interactions entre infirmières sont souvent une source de difficultés. Comme hypothèse explicative, les auteurs mentionnent les nombreux conflits interpersonnels, l'intensité de la charge de travail et la nécessité de négocier entre infirmières. La négociation fait référence ici à la manière dont les interactions difficiles entre les infirmières sont gérées. Par contre, aucune observation directe des interactions entre les infirmières n'a été faite pour confirmer les données collectées par entrevues.

Une autre étude de cas réalisée auprès d'infirmières exerçant en milieu ambulatoire en oncologie a été relevée (Moore & Prentice, 2013). Elle avait pour objectif de décrire et d'analyser le processus de collaboration entre les IPS et les autres infirmières afin de comprendre et améliorer la pratique collaborative entre les infirmières. Il découle de cette étude que les infirmières (toutes catégories confondues) ont du mal à comprendre comment collaborer dans le milieu de pratique. En 2015, ces mêmes auteurs réalisaient

une autre étude dont le but était d'explorer et de décrire les expériences de collaboration entre infirmières et de comprendre les facteurs qui ont influencé la collaboration (Moore & Prentice, 2015). Grâce à des données collectées par entretiens téléphoniques et des revues des documents, les auteurs ont conclu que les infirmières préféreraient collaborer en communiquant en face à face, plutôt que via courriel ou téléphone et que leurs objectifs de collaboration seraient surtout de planifier, d'apprendre, de développer des relations, d'organiser et d'offrir les soins aux patients. L'ambiguïté des rôles, le leadership organisationnel et les différences multigénérationnelles représentaient les obstacles à une bonne collaboration.

Une étude mixte réalisée en Australie en 2015 s'est intéressée à explorer la collaboration intra professionnelle entre les infirmières, toutes catégories confondues, d'un hôpital de référence tertiaire à Sydney. Il ressort de cette étude que les participants ont exprimé l'importance de la clarification des rôles de chacun pour une collaboration exemplaire (Lamont et al., 2015). Aussi, certaines caractéristiques personnelles, comme le respect, le soutien de ses collègues, et le fait d'être accessible étaient des facteurs associés à une bonne collaboration. De plus, la facilitation de la communication entre infirmières grâce à une proximité des infirmières dans les mêmes locaux serait également un élément facilitant de la collaboration infirmière - infirmière.

Enfin, une étude quantitative réalisée en 2019 en Finlande et en Norvège s'est intéressée à explorer les perceptions des infirmières de ces pays sur la collaboration infirmière - infirmière et les facteurs qui y sont associés (Ylitörmänen et al., 2019). Selon cette étude, les participantes perçoivent cette collaboration comme étant bonnes en

général. Aussi, les auteurs affirment qu'une meilleure gestion des conflits, une communication ouverte, une circulation adéquate de l'information, un respect mutuel, un soutien de la hiérarchie et une volonté de collaborer sont quelques prémisses pour consolider une collaboration infirmière - infirmière.

Il semble donc se dégager que la collaboration intra professionnelle chez les infirmières est multidimensionnelle et complexe. Plus encore, à notre connaissance, aucun écrit scientifique n'existe sur l'analyse de la collaboration entre IPS et IRE. Nous pourrions présumer que les IPS, compte tenu de leurs degrés de formation et de leurs compétences, pourraient être un précieux support pour leurs collègues IRE. Il serait donc important de regarder comment les AP des IRE influence le degré collaboration entre les IRE et les IPS.

Cadre de référence

La recension des écrits n'a pas permis de dégager un cadre de référence sur les IRE qui pourrait permettre de répondre à l'objectif de recherche de cette étude. Ainsi, le cadre de référence utilisé est une adaptation combinée de deux cadres.

Le premier cadre, présenté dans la figure 1, est celui de Kilpatrick et al. (Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick et al., 2016) inspiré de Donabedian dans la chaîne structure – processus - résultat (Donabedian, 2005).



Figure 1. Modèle théorique de l'évaluation de la qualité des soins de Donabedian.
Source: Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

Il s'agit d'un cadre qui a été utilisé avec succès pour examiner et évaluer les facteurs influençant l'efficacité de l'introduction de rôles infirmiers en pratique avancée à l'exemple des infirmières cliniciennes spécialisées (ICS), et ce dans différents milieux de soins (DiCenso et al., 2010; Kilpatrick et al., 2013). Les ICS étant des « infirmières ou des infirmiers autorisés : titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat en sciences infirmières; ayant des connaissances et des compétences approfondies; et possédant de l'expérience dans une spécialité clinique » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, 2022). Compte tenu du fait que la pratique de l'IRE est dans une certaine mesure comparable à celle des infirmières en pratique avancée telle que mentionnée dans la recension des écrits, ce cadre peut bien être adapté aux AP des IRE.

Les structures comprennent les caractéristiques sociodémographiques (caractéristiques de l'IRE : sexe, âge, année d'ancienneté, situation de logement, scolarité; situation relative à l'emploi : emploi à titre d'IRELA, description écrite de son rôle, compréhension du rôle d'IRE par les employeurs ou par les patients; avoir déjà travaillé comme IPS; etc.) et les caractéristiques organisationnelles (milieu de travail de l'IRE, caractéristiques de l'équipe de soins, satisfaction au travail, etc.).

Les processus représentent ce que font les IRE et mettent en évidence une série d'AP entreprises pour atteindre un résultat final. Ces processus incluent les types d'AP et de services fournis par les IRE, à qui s'adressent ces services ainsi que comment et quand les services se produisent. Kilpatrick et al. (2013, 2016) assimilent les dimensions des AP des ICS à ceux du cadre de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada (AIIC) (Canadian Nurses Association, 2014). Ainsi, l'IRE a une fonction clinique dans laquelle elle se sert de son jugement clinique pour évaluer et intervenir auprès de ses clients. Dans ses activités éducatives, l'IRE favorise un contexte d'apprentissage pour les clients, les familles, les infirmières, les étudiantes et d'autres professionnelles de la santé. Dans ses activités en recherche, l'IRE renforce le lien entre la recherche et la pratique clinique en aidant d'autres personnes à mieux comprendre et à appliquer les résultats de recherche. L'IRE exerce aussi un leadership organisationnel en influençant la pratique clinique et les processus politiques au sein de tout le système de soins de santé. Parlant de son rôle dans le perfectionnement académique et professionnel, l'IRE diffuse les connaissances acquises de la recherche, conserve une nomination universitaire et prend part à des activités de formation continue. À titre de consultante, l'IRE se sert de ses connaissances

approfondies, de ses techniques spécialisées et de son jugement pour améliorer les soins dispensés aux clients et faire face à des situations complexes qui posent des défis.

Pour terminer, les résultats représentent la collaboration IRE - IPS. Il s'agit d'un indicateur de qualité des soins (Kilpatrick et al., 2013; Kilpatrick et al., 2016). L'examen des résultats doit prendre en considération les résultats de structures et de processus des AP des IRE. Les résultats des AP des IRE peuvent être examinés du point de vue des patients et familles, des prestataires de soins, des organisations et du système de santé au sens large.

Le second cadre, présenté dans la figure 2 ci-dessous, est celui du modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour (2002). C'est un cadre qui identifie quatre dimensions à la collaboration, soit la finalisation, l'intériorisation, la formalisation et la gouvernance (D'Amour et al., 2008; D'Amour, 2002). Ces quatre dimensions s'interinfluencent et sont interreliées.

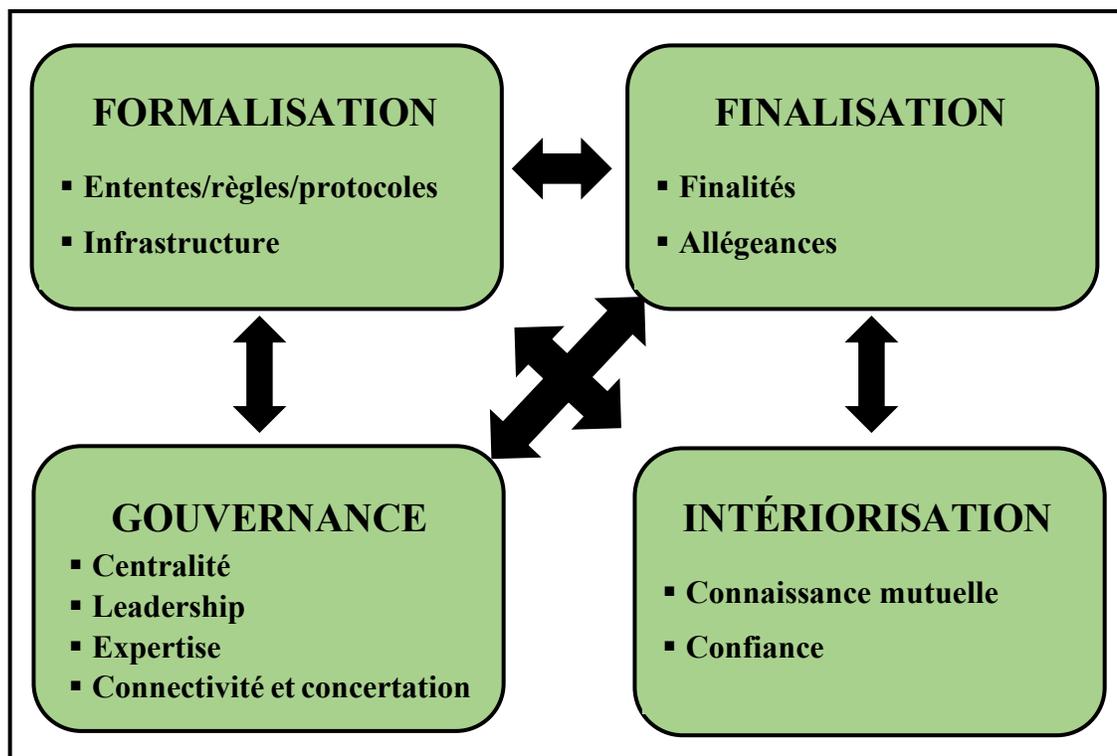


Figure 2. Modèle d'analyse de la structuration de la collaboration professionnelle de D'Amour.

D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : Un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Gaétan Morin Éditeur.

D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>

La formalisation est la clarification des attentes et responsabilités des membres de l'équipe. La finalisation indique le degré de coalition des membres d'une équipe pour la réalisation d'objectifs communs. L'intériorisation est la prise de conscience de former une équipe. Et, la gouvernance est le leadership qui permet de soutenir la collaboration. Dans le cadre de ce projet, nous nous sommes intéressés à la finalisation, à l'intériorisation et à la formalisation, car ce sont ces dimensions qui ont principalement été mesurées.

La figure 3 présente le cadre de référence de cette étude qui intègre simultanément les deux cadres précédemment présentés.

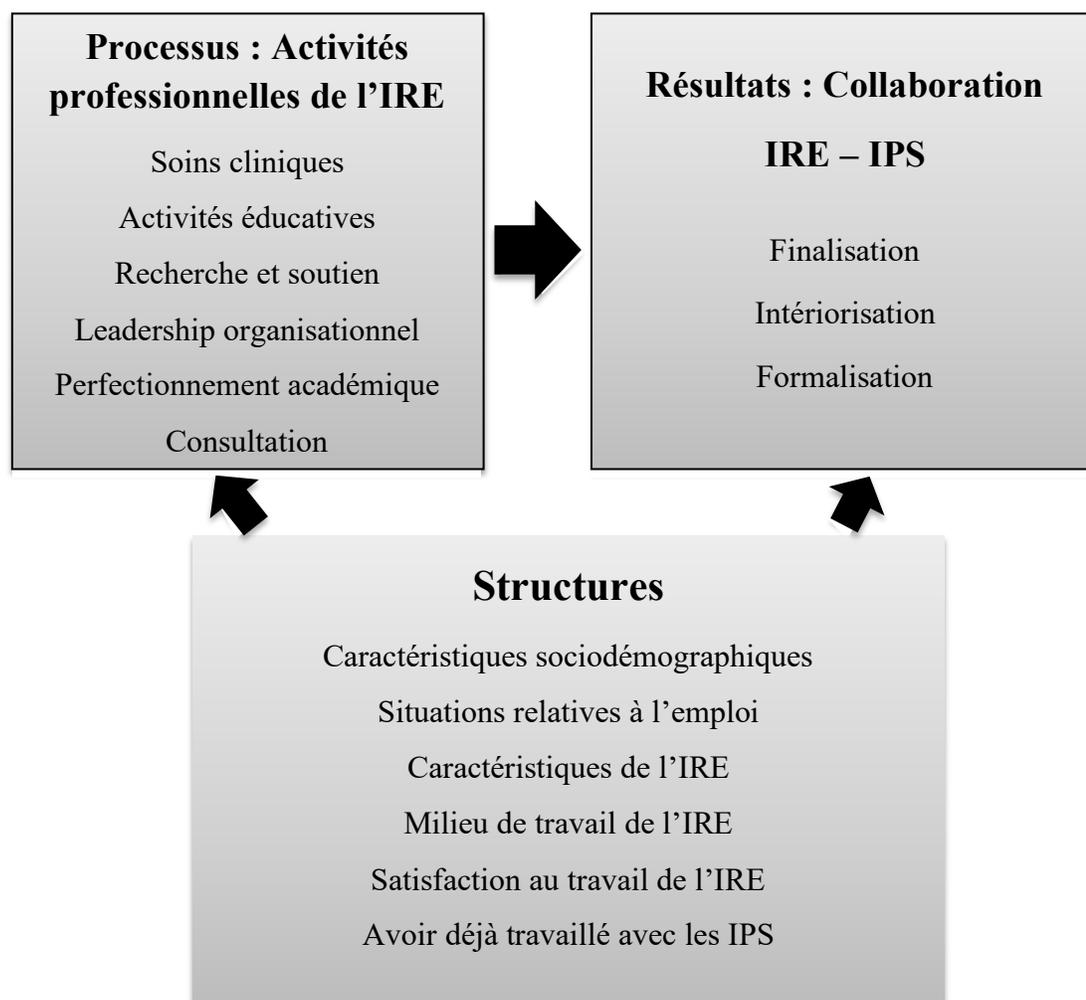


Figure 3. Cadre de référence de l'étude.

L'ensemble des concepts contenus dans ce cadre intégrateur permet d'obtenir une compréhension globale du problème à l'étude. En effet, le modèle de structuration de la collaboration créée au Québec par D'Amour a été évalué dans plusieurs contextes de collaboration, dont la collaboration dans les réseaux intégrés de santé du Québec, la

collaboration entre les organisations, et la collaboration dans les équipes professionnelles (D'Amour et al., 2008). De même, le modèle conceptuel de Kilpatrick et al. (2013, 2016), inspiré de Donabedian (2005), a été utilisé dans différents contextes et milieux au Québec pour analyser des sujets ayant un lien avec le rôle des infirmières. Il ressort donc que ce cadre combiné et intégrateur serait applicable dans le contexte du Nord-du-Québec, en régions éloignées, afin d'apprécier la perception par les IRE de leur degré de collaboration avec les IPS dans ces régions.

Questions de recherche

Partant de ce cadre de référence, l'étude vise à répondre aux questions suivantes :

- 1- Quelles sont les caractéristiques de la population étudiée? Quelles sont les caractéristiques des différentes AP des IRE? Quel est le temps consacré à chacune de ces AP?
- 2- Quelle est la classification des AP des IRE selon leurs fréquences de réalisations?
- 3- Quel est le profil des IRE selon leurs six AP? Quel est le profil des IRE selon la fréquence de réalisation de leurs AP?
- 4- Quelles sont les caractéristiques de la collaboration IRE – IPS? Quel est le profil des IRE selon le degré de collaboration IRE – IPS?
- 5- Quelle est l'influence des AP des IRE sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS?

Les questions une à trois visent à répondre à l'objectif spécifique 1, tandis que les questions quatre et cinq visent à répondre à l'objectif spécifique 2.

Méthode

Cette section présente les éléments méthodologiques de cette étude. La présentation du devis de recherche, du milieu de l'étude, de la méthode d'échantillonnage, de la collecte de données, des méthodes d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques seront abordées.

Devis de recherche

L'étude a reposé sur un devis quantitatif non expérimental de type descriptif corrélational. Le but d'un tel devis est d'explorer la relation entre des variables à l'étude et de les décrire (Fortin & Gagnon, 2016). En effet, les données étaient des valeurs numériques, le degré d'association entre la variable indépendante (AP de l'IRE) et la variable dépendante a été mesuré (collaboration IRE - IPS), et il y avait une absence d'intervention, de manipulation ou d'expérimentation.

Milieu de l'étude

Cette étude s'est déroulée dans la région d'*Eeyou Istchee*, ou des Terres-Cries-de-la-Baie-James, dans la région administrative du Nord-du-Québec. Il s'agit d'un vaste territoire d'environ 450 000 km², situé dans la partie orientale de la Baie James. Sa population en 2021 était estimée à 18 679 individus (Institut de la statistique du Québec, 2022). Le territoire est constitué de neuf communautés cries, dont cinq sur les côtes de la Baie James et de la Baie d'Hudson (Chisasibi, Eastmain, Wemindji, Waskaganish, Whapmagoostui) et quatre situées à l'intérieur des terres (Mistissini, Oujé-Bougoumou, Nemaska et Waswanipi). Le français, l'anglais et le cri sont les trois langues utilisées dans

cette région. Aussi, la majorité des 696 IRE et 2 IPS qui prenaient en charge la population des régions sociosanitaires du Nord-du-Québec, du Nunavik et de la Terre-Cries-de-la-Baie-James (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, 2021) est d'origine de cette même communauté crie. Les services de santé et services sociaux sont prodigués dans neuf établissements locaux nommés *Community Miyupimaatisiun Centers* (CMC), et à l'hôpital de référence qui est le centre hospitalier régional de Chisasibi. La mission du CMC équivaut à celle du CLSC dans le reste du Québec à la différence que l'isolement des communautés en *Eeyou Istchee* implique d'offrir un niveau accru de services de première ligne pour répondre à des besoins semi-urgents et urgents non compliqués (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2017).

Parlant de la mission de l'hôpital de référence, elle est de fournir à cette population des services de qualité de deuxième ligne. Malheureusement, ceci n'était pas entièrement possible en 2019 avec les infrastructures présentes, car l'établissement fournissait plutôt des services hospitaliers minimaux, dont l'action principale était souvent de stabiliser les patients avant de les transporter vers un établissement hors de la région (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2017). Le corridor d'accès aux services de deuxième et troisième ligne se composait des hôpitaux de Chibougamau, de Val-d'Or et ceux de Montréal qui étaient affiliés au réseau universitaire intégré de santé McGill. Un nouveau centre hospitalier régional à Chisasibi est d'ailleurs en cours de construction et devrait être mis en service en 2026 avec pour but de répondre adéquatement à sa mission (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2022c). Quatre groupes de services sont disponibles à l'intérieur des CMC : les services courants et ambulatoires, les

services *Awash* pour les 0 à 6 ans, *Ushiniichisuu* pour les 7 à 29 ans et *Chishaayiyuu* pour les 30 ans et plus (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2017). Enfin, la langue, la distance lointaine, le manque de logements ou d'espaces de travail, et la méconnaissance du contexte socioculturel sont quelques défis qui limitent l'attraction et la rétention du personnel dans cette région (Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, 2017).

Population cible et échantillonnage

L'étude s'est appuyée sur une analyse de données secondaires. Ces données avaient été collectées par un des directeurs de recherche de cette étude dans le cadre d'une étude plus large qui portait sur le déploiement du rôle des IRE, plus précisément dans la région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec. La population cible à l'étude a été l'ensemble des infirmières et infirmières gestionnaires travaillant dans la région d'*Eeyou Istchee* depuis au moins six mois. La participation à l'étude s'est faite sur une base volontaire. C'est dire qu'il s'agit d'un échantillonnage non probabiliste, plus précisément un échantillonnage à participation volontaire. Le recrutement s'est effectué sur la période allant de septembre 2018 à février 2019. Les IPS n'ont pas été inclus dans l'échantillon, car lors du début de la période de collecte des données en 2018, leur intégration dans la région n'était qu'à leur début. Un questionnaire en ligne construit via Lime Survey avait été envoyé via courriel (voir appendice B) à toute la population ciblée de la région. Plusieurs relances par courriel avaient été effectuées par un des directeurs de recherche de cette étude afin de convier le maximum d'infirmières et infirmières gestionnaires à remplir ledit questionnaire. Pour

terminer, un total 123 infirmières et infirmières gestionnaires, soit 98,4% des personnes ciblées, ont participé à l'étude en remplissant le questionnaire.

Collecte et outil de collecte de données

Les données avaient été collectées sur une période de six mois allant de septembre 2018 à février 2019 à travers un large questionnaire en ligne qui comprenait dix sections (voir appendice D).

Dans le cadre de cette étude, seules sept sections de ce questionnaire ont été exploitées. La première de ces sept sections porte sur les caractéristiques démographiques de l'IRE (âge, sexe, année d'obtention du permis de pratique infirmière, etc.). La deuxième parle de la situation relative à l'emploi de l'IRE (expérience en tant que IRELA, lieu de pratique, compréhension du rôle élargi par l'employeur, etc.). La troisième fait référence aux caractéristiques de l'IRE (niveau de scolarité, études en cours, principal domaine de spécialité, etc.). La quatrième concerne le milieu de travail de l'IRE (type de milieu de soins, membre d'un syndicat, statut d'emploi, etc.). La cinquième se concentre sur les AP de l'IRE. Dans cette cinquième section précisément, la dimension clinique comprenait 24 activités; la dimension éducation se composait de 10 activités; le volet recherche comprenait 11 activités; le leadership organisationnel comprenait 13 éléments; le perfectionnement académique et professionnel comprenait 7 activités; et la consultation comprenait 6 activités. S'agissant de la sixième de ces sept sections, elle parle de la satisfaction au travail de l'IRE (niveau de satisfaction de son rôle actuel, obstacles à l'implantation du rôle d'IRE, etc.). Et la dernière des sections exploitée concerne

l'intégration des IPS et la collaboration des IRE avec les IPS (antécédent de travail en collaboration avec une IPS, avantages et inconvénients de l'intégration des IPS, etc.).

Quant à la validité du questionnaire, les six premières sections telles que décrites dans l'ordre ci-dessus avaient été construites à partir d'un questionnaire plus vaste d'une étude publiée en 2013 portant sur les modèles de pratique et la perception de l'impact du rôle des ICS (Kilpatrick et al., 2013). Il s'agit donc des sections du questionnaire qui ont déjà été toutes validées en français et en anglais avec des propriétés psychométriques qui ont montré un niveau élevé de cohérence interne de chacune des composantes. À titre d'exemple, dans la cinquième section, le coefficient alpha de Cronbach(α) était égal à : 0,96 pour la dimension soins clinique; 0,85 pour la dimension éducation; 0,89 pour la dimension recherche; 0,89 pour la dimension leadership organisationnelle; 0,79 pour la dimension perfectionnement académique et professionnelle; et 0,83 pour la dimension consultation (Kilpatrick et al., 2016). S'agissant de la dernière section qui concerne l'intégration des IPS et la collaboration des IRE avec les IPS, les items qui y figurent ont permis de mesurer le degré de collaboration des IRE avec les IPS. Ces items avaient été développés par l'équipe de chercheurs du projet initial. La validité de contenu de cette section du questionnaire a été faite par ces derniers en collaboration avec une IPS et la direction des soins infirmiers de l'hôpital régional de Chisasibi.

Variables à l'étude

Variable dépendante.

La variable dépendante principale est le degré de collaboration entre l'IRE et l'IPS. Elle a été mesurée à l'aide de trois questions fermées (oui = 1 ou non = 0) mesurant respectivement la finalisation, la formalisation et l'intériorisation : « *pensez-vous que l'intégration des IPS dans les communautés pourrait améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de première ligne ou de néphrologie ?* »; « *pensez-vous que l'intégration des IPS apporte une duplication de soins ?* », et « *pensez-vous que l'IPS soit une ressource pour vous dans votre pratique ?* ». Une variable composite issue des trois autres a d'abord été calculée et mesurée à l'aide d'un score allant de 0 à 3 selon les réponses aux trois questions. En effet : le score 0 a été attribué lorsque toutes les réponses aux trois questions étaient « non »; le score 1 a été attribué lorsqu'une seule des réponses aux trois questions était « oui »; le score 2 a été attribué lorsque deux réponses aux trois questions étaient « oui »; et le score 3 a été attribué lorsque toutes les réponses aux trois questions étaient « oui ». Ensuite, la variable « degré de collaboration » a été construite comme suit : « peu élevé » lorsque le score de la variable composite était de 0 ou 1; et « élevé » lorsque le score de la variable composite était de 2 ou 3. La définition opérationnelle de ces variables est présentée dans le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1

Définitions opérationnelles de la variable dépendante

Concepts clés	Construits*	Catégories ou modalités	Niveau de mesure	Méthode de collecte de données	Validité de l'outil	Fiabilité ou fidélité de l'outil de mesure
Degré de collaboration entre IRE et IPS	Finalisation Formalisation Intériorisation	Élevé Peu élevé	Ordinale	Questionnaire en ligne	Oui	Oui

*La définition complète des indicateurs est présente dans le tableau A de l'appendice E

Variable indépendante.

La variable indépendante est les AP de l'IRE. Les différentes AP considérées selon le cadre de Kilpatrick et al. (2013, 2016) sont: soins cliniques; éducation; recherche et projet; leadership organisationnel; perfectionnement académique; et consultation. Ces six variables ont été mesurées à l'aide d'une échelle de Likert à cinq niveaux qui indique la fréquence de réalisation de chacune des activités allant de : 1-Jamais ; 2-rarement ; 3-à l'occasion ; 4-souvent ; 5-constamment. La moyenne arithmétique a été utilisée pour calculer le score de chaque activité professionnelle de l'IRE, et le score le plus élevé correspondait à l'activité la plus réalisée. La définition opérationnelle de ces variables est présentée dans le tableau 2 ci-dessous.

Tableau 2

Définitions opérationnelles de la variable indépendante

Concepts clés	Construits*	Catégories ou modalités	Niveau de mesure	Méthode de collecte de données	Validité de l'outil	Fiabilité ou fidélité de l'outil
AP de l'IRE	Soins cliniques Éducation Recherche Leadership organisationnel Perfectionnement académique Consultation	Jamais Rarement À l'occasion Souvent Constamment	Ordinale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé (alpha)

* La définition complète des indicateurs est présente dans le tableau A de l'appendice E

Variables confondantes.

Le tableau 3 présente la définition opérationnelle des variables confondantes (caractéristiques sociodémographiques, situations relatives à l'emploi, caractéristiques de l'IRE, milieu de travail de l'IRE, caractéristiques de l'équipe de soins de santé, satisfaction au travail, avoir déjà travaillé avec les IPS).

Tableau 3

Définitions opérationnelles des variables confondantes

Concepts clés	Construits*	Catégories ou modalités	Niveau de mesure	Méthode de collecte de données	Validité de l'outil	Fiabilité ou fidélité de l'outil
Caractéristiques sociodémographiques de l'IRE	Année d'obtention du permis	Moins de 5 ans	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé
		5-10 ans				
		Plus de 10 ans				
	Âge	Moins de 24 ans				
		25-29 ans				
		30-34 ans				
		35-39 ans				
		40-44 ans				
		45-49 ans				
		50-54 ans				
		55-59 ans				
	Sexe	60 ans et plus				
		Homme				
Nombre d'années de résidence dans la province ou territoire du Canada	Femme					
	Moins de 10 ans					
Déménagement d'une autre province pour la présente	Plus de 10 ans					
	Non					
Situation relative à l'emploi	Emploi actuel comme IRELA	Non	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé
		Oui				
	Antécédent d'emploi comme IRELA	Non	Nominale			
		Oui				

	Expérience en années comme IRELA	Moins de 5 ans 5-10 ans Plus de 10 ans	Nominale			
	Province ou territoire du Canada dans lesquels vous avez travaillé ou travaillez comme IRE	Non Oui	Nominale			
	Description de tâche écrite portant spécifiquement sur le rôle de l'IRE	Non Oui	Nominale			
	Degré de compréhension du rôle élargi de l'IRE par l'employeur	Mauvaise compréhension Bonne compréhension	Ordinale			
	Degré de compréhension du rôle de l'IRE par les patients	Mauvaise compréhension Bonne compréhension	Ordinale			
	Développement du rôle d'IRE à partir d'un modèle particulier de pratique infirmière avancée ou à partir d'un cadre conceptuel	Non Oui	Nominale			
Caractéristiques de l'IRE	Niveau de scolarité	Collégiale Universitaire				
	Inscription active à un programme d'études	Non Oui				
	Principal domaine de spécialité	Services courants Soins aigus Promotion et prévention de la santé	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé

		Gestion et supervision des soins					
		Autre (préciser)					
	Possession d'une accréditation dans une des spécialités mentionnées ci-haut	Non					
		Oui					
Milieu de travail de l'infirmière	Milieu de soins	Non					
		Oui					
	Membre d'un syndicat	Non					
		Oui					
	Statut d'emploi	Temps plein					
		Temps partiel					
		Contractuel					
		Autre					
		Moins de 59 999\$					
		60 000 – 79 999\$	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé	
		80 000 – 99 999\$					
	Salaire annuel brut avant retenues	100 000 – 109 999\$					
		110 000 – 129 999\$					
130 000\$ et plus							
Je préfère ne pas répondre							
Faire des heures de gardes régulièrement	Non						
	Oui						
AP de l'infirmière		Rôle consultatif principalement					
	Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel du rôle de l'IRE	Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé	

	Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients
	Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique
	Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques
	Autre Chaque jour
Fréquence de rencontre des patients	Au moins 1 à 2 fois par semaine
	Je ne rencontre pas de patients et autre
	Moins d'un patient
Nombre de patients rencontré par jour en moyenne	1 - 9 patients 10 patients et plus Autre (préciser))
Visite de patients à domicile	Non Oui

	<p>Pourcentage de patients qui se situe dans chacun des groupes d'âge</p> <p>Pourcentage de temps idéal qui devrait être consacré à chacune des activités faisant partie de son rôle</p> <p>Pourcentage de temps actuel consacré à chacune des activités faisant partie de son rôle</p>	<p>Moins de 25 %</p> <p>25 à 49 %</p> <p>50 à 100%</p> <p>Moins de 25 %</p> <p>25 à 100 %</p> <p>Moins de 25%</p> <p>25 à 100%</p>				
	<p>Satisfaction personnelle de votre rôle d'IRE actuel</p>	<p>Insatisfaite</p> <p>Satisfaite</p>	Ordinale			
		<p>L'amour pour son travail et impact positif de son rôle sur la santé des patients</p>				
Satisfaction au travail	<p>Facteurs ayant le plus influencé votre degré de satisfaction</p>	<p>La reconnaissance du rôle de l'infirmière et de son expertise ainsi que la collaboration interprofessionnelle</p> <p>L'autonomie de pratique</p> <p>L'amour pour le rôle élargi</p>	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé

	Le clivage, la résistance au changement, et le manque de support des gestionnaires	
	Rôle pas clair, travail des collègues insuffisants, absentéisme, manque de ressource	
	Ne sait pas	
	Pas claire	
	Problèmes médicaux, organisationnels, et d'infrastructures	
Obstacles à l'implantation du rôle d'IRE à Chisasibi	Problèmes médicaux, financiers, et politiques gouvernementales	Nominale
	Problèmes médicaux, organisationnels et de ressources humaines	

	Problèmes administratifs, médicaux et de l'équipe de soins	
	Problèmes administratifs, financiers et organisationnels	
	Absence d'obstacles	
	Ne sait pas ou pas clair	
	Facteurs médicaux, organisationnels et politiques gouvernementales	
Principaux facteurs qui faciliteraient l'implantation du rôle d'IRE	Facteurs liés aux résultats positifs de l'implantation d'IRE, au désir de la population, et à la volonté de la DSI	Nominale
	Facteurs politiques, financiers, et volonté du personnel	

	Facteurs politiques, d'infrastructures et de ressources humaines	
	Ne sait pas	
	Pas clair	
	Promotion dans la communauté, dans le système éducatif, au CMQ et implication de l'OIIQ	
	Enjeux économiques, clarification et reconnaissance du rôle de l'IRE	
Principales stratégies pour la promotion du développement du rôle de l'IRE		Nominale
	Collaboration MD-Infirmière et démontrer impact positif selon la communauté	
	Stratégie politique, gestion du système de santé par les gestionnaires	

Je ne sais pas

Pas clair

Je suis satisfaite
dans mon rôle
actuel et je n'ai pas
de projet immédiat
de recherche d'un
nouvel emploi

Je suis activement à
la recherche d'un
nouvel emploi dans
un domaine autre
que celui des soins
de santé

Énoncé qui décrit le
mieux vos projets futurs

Nominale

Je suis activement à
la recherche d'un
nouvel emploi dans
le domaine de soins
de santé

Je suis en train de
penser à me
chercher un nouvel
emploi dans le
domaine de soins
de santé

	Je n'ai pas le rôle élargi et je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi avec le rôle élargi					
Avoir travaillé en collaboration avec une IPS	Avoir travaillé en collaboration avec une IPS	Non Oui	Nominale	Questionnaire en ligne	Oui	Élevé

*La définition complète des indicateurs est présente dans le tableau A de l'appendice E

Analyse de données

L'analyse des données a été réalisée en suivant cinq étapes. Les trois premières étapes ont permis de décrire les AP de l'IRE. Quant aux deux dernières étapes, elles ont été utiles pour examiner l'influence des AP des IRE sur leur collaboration avec les IPS en RE.

La première étape a consisté à décrire la population étudiée en utilisant la statistique descriptive. Pour ce faire, des tableaux de distribution sous forme de nombre et de pourcentage ont été utilisés pour présenter les variables catégorielles. Quant aux variables continues et ordinales, les caractéristiques de tendance centrale (mode, médiane, moyenne, centile) et les caractéristiques de dispersion (étendue, écart-type, variance, écart interquartile) ont été nécessaires. Cela a permis de décrire cette population à l'étude selon les caractéristiques sociodémographiques, les différentes AP réalisées par les IRE et selon le temps consacré pour chaque activité professionnelle.

La seconde étape a consisté à utiliser l'analyse en composantes principales (ACP) afin d'effectuer une classification des différentes AP de l'IRE en fonction de leur

fréquence de réalisation. À cet effet, comme stipulé par certains auteurs, les sous-étapes suivantes ont été nécessaires : 1) la valeur du déterminant a été calculée afin de s'assurer qu'il est le plus petit possible sans être égal à zéro. En effet, un déterminant nul indiquerait qu'une ou plusieurs AP de l'IRE ont une corrélation parfaite avec une ou plusieurs autres activités, soit une redondance de l'information qui ne permet pas de procéder à l'ACP; 2) L'indice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) a été calculé, car sa valeur permet de déterminer la validité de l'ACP; 3) Le test de sphéricité de Bartlett a été réalisé pour voir s'il existe ou non des corrélations entre les différentes AP; 4) Le calcul des valeurs propres initiales a été effectué afin de déterminer les facteurs qui expliquent plus de 80% de la variance totale; 5) une rotation de type Varimax a été utilisée afin de réduire le nombre de variables (AP de l'IRE) de la matrice de données en un plus petit nombre de facteurs non corrélés entre eux; 6) une identification des poids les plus élevés pour chaque activité professionnelle a été faite dans le tableau des matrices de composante après rotation et trois principaux facteurs ont été identifiés; 7) Des noms ont été attribués à chacun de ces facteurs, noms qui ont été validés par les directeurs de recherche de cette étude (Stafford et al., 2006).

La troisième étape quant à elle a consisté à faire appel à l'analyse bivariée afin de ressortir les profils d'IRE. L'identification de ces profils s'est faite non seulement en fonction de chacune des AP de l'IRE (soins cliniques, éducation, etc.), mais aussi en fonction de la fréquence de réalisation des AP (AP les moins réalisées, AP moyennement réalisées, AP les plus réalisées). Ainsi, dépendamment de la normalité de la distribution des variables, des tests paramétriques (test de *Student*, test du coefficient de corrélation,

etc.) ou des tests non paramétriques (test du Khi-carré, test de Mann-Whitney, etc.) ont été utilisés pour estimer la signification des relations.

Dans la quatrième étape, il a d'abord été question de décrire la collaboration IRE-IPS à l'aide de la statistique descriptive. Ensuite, des analyses bivariées ont été utilisées afin de ressortir le profil d'IRE en fonction de la perception par l'IRE de sa collaboration avec l'IPS. Les méthodes en ce qui concerne la statistique descriptive ou l'analyse bivariée furent les mêmes que celles décrites ci-dessus.

Enfin, la cinquième étape a consisté à utiliser les mêmes analyses bivariées afin d'évaluer l'influence des AP des IRE sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS. Toutes ces analyses ont été faites grâce au logiciel SPSS version 26 en utilisant les seuils de significations 5% et 10% en raison de la petite taille de l'échantillon (Couturier, 2019; St-Pierre et al., 2013).

Considérations éthiques

Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université du Québec en Outaouais (voir appendice A). Tel que déjà mentionné, il s'agit de données secondaires collectées dans le cadre d'une étude plus large qui portait sur le déploiement du rôle des infirmières en régions éloignées, plus précisément dans la région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec. Cette vaste étude avait déjà reçu l'approbation éthique du Conseil Cri de la Santé et des Services sociaux de la Baie-James. Les participants au projet ont signé un formulaire de consentement libre et éclairé (voir appendice C). L'anonymat et la confidentialité de tous les participants au projet de recherche ont été assurés en attribuant

à chaque participant un identifiant numérique unique. Aussi, ce projet a été fait dans le respect des règles énoncées par l'Assemblée des Premières Nations pour la recherche conduite avec les Premières Nations. C'est dire que les principes PCAP® qui visent à faire respecter le droit des autochtones ont été pris en compte tout au long de cette étude. En effet, « PCAP® est une marque enregistrée du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN) » (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2022). L'acronyme PCAP® signifie Propriété (les informations sont de propriété collective), Contrôle (droit de contrôler les aspects de la recherche), Accès (accès à l'information et aux données) et Possession (affirmation de la propriété et sa protection). Toutefois, aucune entente formelle n'a été signée quant aux principes du PCAP®. Ainsi, les données collectées sont protégées et accessibles uniquement au chercheur principal de la large étude, et ce dans un esprit que ces informations appartiennent aux communautés territoriales participantes. Enfin, il n'a été identifié aucun risque pour les participants suite à la collecte des données.

Résultats

Cette section présente d'abord les résultats sur les caractéristiques des IRE. Ensuite, elle va répondre au premier objectif de cette étude qui est de décrire les AP des IRE. Ceci passe par plusieurs étapes : une description générale des AP des IRE à partir des résultats obtenus de la statistique descriptive; une classification desdits AP selon leurs fréquences de réalisations à l'aide de l'ACP; et une identification des profils des IRE non seulement selon les AP réalisées, mais aussi en fonction des fréquences de réalisation desdites AP. Enfin, le second objectif de cette étude sera répondu en suivant successivement les étapes suivantes : description du degré de la collaboration entre les IRE et les IPS selon la perception des IRE; identification des profils des IRE selon le degré de la collaboration entre les IRE et les IPS; et enfin l'exploration de la relation entre les AP des IRE et le degré de la collaboration entre les IRE et les IPS.

Caractéristiques des infirmières en régions éloignées

Le tableau A de l'appendice F présente les caractéristiques de la population à l'étude. L'échantillon de cette étude est composé de 123 infirmières et infirmières gestionnaires travaillant dans la région d'*Eeyou Istchee* depuis au moins six mois. Il est composé de 78,9% de femmes et de 21,1% d'hommes. La majorité des participantes a mentionné avoir un âge compris entre 45 à 49 ans (20,4%). Aussi, 70,7% des participantes ont affirmé avoir obtenu leurs permis de pratique infirmière depuis au moins dix ans, et 91,9% ont souligné résider au Canada depuis au moins dix ans. Très peu de participantes (9,8%) ont eu à déménager d'une autre province ou territoire canadien vers la province de résidence au moment de la recherche.

S'agissant de la situation relative à l'emploi, 57,1% des participantes ont affirmé travailler comme IRELA au moment de l'étude, cependant 60,4% d'entre elles n'ont jamais eu à occuper un poste d'IRELA dans leur carrière. Aussi, 39,5% des participantes ont affirmé avoir au moins dix années de pratique en tant que IRELA, et la majeure partie des participantes ont affirmé que leurs rôles élargis étaient aussi bien compris tant par les employeurs (90,8%) que par les patients (81,2%). Enfin, 75% des participantes ont souligné que leurs rôles d'IRELA n'étaient pas développés à partir d'un modèle particulier de pratique infirmière.

Parlant des caractéristiques propres à ces participantes, 55,2% ont déclaré avoir un niveau universitaire et 23,8 % d'IRE ont souligné être inscrite au moment de collecte de données dans un programme d'étude. Le principal domaine de spécialité de ces IRE a été les soins aigus (24,8%) et 53,3% d'entre elles ont mentionné n'avoir aucune accréditation ou certification pour leur spécialité.

Quant au milieu de travail de ces participantes, 51% ont affirmé travailler dans un CMC d'une communauté autre que celle de Chisasibi, 55,2% ont dit être membre d'un syndicat, 86,5% travaillaient à temps plein, et 22,1% avaient un salaire annuel brut compris entre 100 000 et 109 000\$.

Enfin, 31,9% de participantes ont affirmé offrir des soins cliniques aux patients référés ainsi que des services de gestion de cas pour un groupe de patients, 68,1% ont dit rencontrer leur patient de façon quotidienne, 69,8% ont affirmé qu'il ne rendait pas visite

aux patients à domicile, et 39,7% ont déclaré rencontrer respectivement un et neuf patients en moyenne par jour.

Activités professionnelles réalisées par les infirmières en régions éloignées

Six principales AP sont réalisées par les infirmières en général. Les résultats sont présentés dans le tableau B présent à l'appendice F. Selon les participantes, les soins cliniques ont été l'activité la plus réalisée (Moyenne (M) = 3,10; Écart-type (σ) = 1,164). La tâche qui consistait à faire appel à son raisonnement critique et à ses aptitudes de synthèse pour orienter la prise de décisions cliniques a été la plus souvent réalisée (M = 4,16; σ = 1,334). La seconde activité la plus accomplie a été la consultation (M = 2,27; σ = 0,965) et l'activité qui avait pour but d'offrir une consultation de cas visant à répondre aux besoins en santé complexe de patients ou des familles a été la plus réalisée (M = 2,50; σ = 1,372). Quant au leadership organisationnel, il a été la troisième activité la plus accomplie (M = 2,12; σ = 1,048) et la tâche visant à développer une vision de la pratique infirmière dans son domaine de spécialité a été la plus réalisée (M = 2,59; σ = 1,442). L'activité éducative a été la quatrième occupation la plus accomplie (M = 2,04; σ = 0,782) avec pour tâche la plus réalisée l'évaluation des besoins en formation et en perfectionnement professionnel du personnel infirmier (M = 2,34; σ = 1,378). Le perfectionnement académique a été la cinquième activité la plus accomplie (M = 1,81; σ = 0,614) avec pour tâche la plus réalisée le fait de prendre part à des activités de formation continue (M = 2,57; σ = 0,963). Enfin, l'activité la moins accomplie a été la recherche (M = 1,55; σ = 0,963) et la tâche la plus réalisée a consisté à prendre en compte des résultats

de recherche et des meilleures pratiques dans l'élaboration de politiques, de lignes directrices de pratique ou des protocoles cliniques ($M= 2,10$; $\sigma = 1,338$).

Temps consacré par les infirmières en régions éloignées aux activités professionnelles

Le tableau 4 présente le pourcentage de temps moyen consacré par les IRE pour chacune des six AP. En effet, les IRE ont affirmé consacrer en moyenne : 28,01% ($\sigma =27,73$) pour les soins cliniques; 15,66% ($\sigma =19,68$) pour les activités éducatives; et 3,64% ($\sigma =18,38$) pour la recherche.

Tableau 4

Pourcentage de temps consacré aux activités professionnelles des IRE

AP de l'IRE	%	Écart-type
Soins cliniques	28,01	27,73
Éducation	15,66	19,68
Consultation	11,95	17,29
Leadership organisationnel	7,83	10,32
Perfectionnement académique	4,58	7,11
Recherche	3,64	18,38

Classification des activités professionnelles selon leurs fréquences de réalisations.

L'ACP a été utilisée afin de rendre facile la compréhension des corrélations entre les variables indépendantes et dépendantes. En effet, elle a permis de réduire les six AP (soins cliniques, activités éducatives, recherche, leadership organisationnel, perfectionnement académique, consultation) dont leurs statistiques descriptives sont

présentées dans le tableau 5 en trois facteurs. Le tracé d'effondrement, ou graphique des valeurs propres confirme la plausibilité que les données soient regroupées en trois facteurs. En effet, après la troisième composante, le tracé devient une ligne quasiment horizontale. Ces trois facteurs expliquent la majeure partie de la variation des AP avec une variance expliquée de 82,5%.

Tableau 5

Statistiques descriptives des six activités professionnelles de l'IRE

	Moyenne	Écart-type	Effectif
SOINS CLINIQUES	3,12	1,184	60
CONSULTATION	2,27	0,965	60
LEADERSHIP ORGANISATIONNEL	2,09	1,028	60
ACTIVITÉS ÉDUCATIVES	2,04	0,790	60
PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE	1,81	0,614	60
ACTIVITÉS RECHERCHE	1,53	0,687	60

*Seulement 60 participants sur 123 au total ont répondu à cette section sur les activités professionnelles de l'IRE

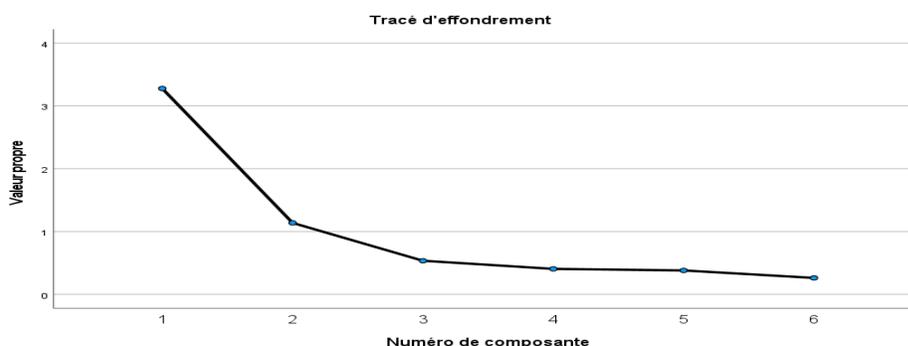


Figure 4. Tracé d'effondrement.

Cette démarche est motivée par le fait que les trois conditions qui justifient l'utilisation de l'analyse en composantes principales sont respectées : le déterminant (0,081) est très petit sans être égal à 0 indiquant une absence de redondance de l'information, l'indice de KMO (0,805) montre une grande validité de regroupement et le test de sphéricité de Bartlett ($p < 0,001$ est inférieur 0,05) indique que les corrélations entre ces variables ne sont pas très faibles ou nulles (Polit, 2010). Les tableaux 6 et 7 ci-dessous présentent lesdits résultats.

Tableau 6

Matrice de corrélation

		SOINS CLINIQUES	CONSULTATION	PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE	LEADERSHIP ORGANISATIONNEL	ACTIVITÉS ÉDUCATIVES	ACTIVITÉS DE RECHERCHE
Corrélation	SOINS CLINIQUES	1,000	0,083	-0,322	-0,429	-0,160	-0,299
	CONSULTATION	0,083	1,000	0,376	0,409	0,521	0,340
	PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE	-0,322	0,376	1,000	0,588	0,610	0,614
	LEADERSHIP ORGANISATIONNEL	-0,429	0,409	0,588	1,000	0,672	0,595
	ACTIVITÉS ÉDUCATIVES	-0,160	0,521	0,610	0,672	1,000	0,589
	ACTIVITÉS DE RECHERCHE	-0,299	0,340	0,614	0,595	0,589	1,000

Significa tion (unilatér al)	SOINS CLINIQUES		0,264	0,006	0,000	0,112	0,010
	CONSULTATIO N	0,264		0,002	0,001	0,000	0,004
	PERFECTIONN EMENT ACADÉMIQUE	0,006	0,002		0,000	0,000	0,000
	LEADERSHIP ORGANISATIO NNEL	0,000	0,001	0,000		0,000	0,000
	ACTIVITÉS ÉDUCATIVES	0,112	0,000	0,000	0,000		0,000
	ACTIVITÉS DE RECHERCHE	0,010	0,004	0,000	0,000	0,000	

Déterminant = 0,081

Tableau 7

Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.		0,805
Test de sphéricité de Bartlett	Khi-carré approx.	141,233
	ddl	15
	Signification	< 0,001

Aussi, le tableau 8 de la variance totale expliquée ci-dessous montre les trois premiers facteurs qui résument l'information. Le premier facteur explique à lui seul

38,085 % de l'information, tandis que le deuxième et le troisième facteur expliquent respectivement 23,831 % et 20,601 % de l'information. Les facteurs dont les valeurs propres sont inférieures à 1 ont été éliminés par l'analyse.

Tableau 8
Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements			Sommes de rotation du carré des chargements		
	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé	Total	% de la variance	% cumulé
1	3,278	54,632	54,632	3,278	54,632	54,632	2,285	38,085	38,085
2	1,138	18,964	73,596	1,138	18,964	73,596	1,430	23,831	61,916
3	0,535	8,921	82,517	0,535	8,921	82,517	1,236	20,601	82,517
4	0,406	6,767	89,284						
5	0,381	6,351	95,635						
6	0,262	4,365	100,000						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales

Enfin, le tableau 9 de rotation de la matrice des composantes ci-dessous permet de caractériser les trois facteurs à partir des six activités qui les saturent: facteur 1 définissant les AP les moins réalisées (Recherche, Perfectionnement académique, Éducation, Leadership organisationnel); facteur 2 définissant les AP moyennement réalisées (Consultation); et le facteur 3 définissant les AP les plus réalisées (Soins cliniques).

Tableau 9
Rotation de la matrice des composantes

	Composante		
	1	2	3
ACTIVITÉS DE RECHERCHE	0,880	0,111	-0,135

PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE	0,807	0,213	-0,201
ACTIVITÉS ÉDUCATIVES	0,683	0,537	-0,094
LEADERSHIP ORGANISATIONNEL	0,571	0,462	-0,494
CONSULTATION	0,196	0,929	0,086
SOINS CLINIQUES	-0,167	0,086	0,957

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

Méthode de rotation : VARIMAX avec normalisation KAISER.

^a Convergence de la rotation dans 5 itérations.

Profil des infirmières en régions éloignées selon les six activités professionnelles.

Soins cliniques

Les IRE ayant les AP de soins cliniques élevées sont caractérisées statistiquement par plusieurs particularités : elles n'occupent pas un emploi d'IRELA actuellement (p -value (p) < 0,001; Moyenne = 3,7); elles n'ont jamais occupé un emploi d'IRELA (p = 0,02; M = 3,04); elles ont comme principale spécialité la prévention et la promotion de la santé (p < 0,001; M= 3,91); elles travaillent dans les CMC des communautés autres que celle de Chisasibi (p = 0,025; M= 3,45); elles n'exercent pas en santé publique (p = 0,023; M= 3,2); elles sont membres d'un syndicat (p < 0,001; M= 3,38); elles font des heures de garde chaque semaine (p = 0,011; M= 3,53); elles offrent un service à court terme ou épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients (p < 0,001; M= 3,96); elles rencontrent leurs patients chaque jour (p < 0,001; M= 3,65) et la moyenne de patients rencontrés par jour est de 1 à 9 patients (p = 0,004; M= 3,76); elles estiment qu'il faut

idéalement consacrer au moins 25% de sa pratique clinique dans les soins cliniques directs ($p < 0,001$; $M = 3,81$), dans les activités éducatives ($p = 0,011$; $M = 3,64$), et moins de 25% au leadership organisationnel ($p = 0,039$; $M = 3,26$) ainsi qu'aux activités de gestion et de coordination des soins ($p < 0,001$; $M = 3,46$); elles consacrent actuellement plus de 25 % de leurs pratiques cliniques dans les soins cliniques directs ($p < 0,001$; $M = 4,07$) et moins de 25 % dans le leadership organisationnel ($p = 0,015$; $M = 3,24$) ainsi que dans la gestion et la coordination des soins ($p < 0,001$; $M = 3,54$). Le tableau 10 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas statistiquement significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 10

Profil des IRE selon les soins cliniques

Variables indépendantes	Soins cliniques				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	2,38	193	< 0,001**
Oui	64	57,1	3,7		
Total	112	100			
Antécédent d'emploi comme IRELA					
Non	29	60,4	3,04	35	0,02**
Oui	19	39,6	1,76		
Total	48	100			
Principal domaine de spécialité					
Services courants	23	21,9	3,77	22,391	< 0,001**
Soins aigus	26	24,8	3,15		
Services de prévention et de promotion de la santé	20	19	3,91		
Gestion et supervision des soins	20	19	2,15		

	Autre	16	15,2	2,43		
	Total	105	100			
Milieu de travail						
<i>CMC autres communautés</i>						
	Non	51	49	2,74	345	0,025**
	Oui	53	51	3,45		
	Total	104	100			
<i>Santé publique</i>						
	Non	94	95,2	3,2	75	0,023**
	Oui	10	9,6	2,12		
	Total	104	100			
Membre d'un syndicat						
	Non	47	44,8	1,75	69	< 0,001**
	Oui	58	55,2	3,38		
	Total	105	100			
Faire des heures de gardes par semaine						
	Non	58	55,8	2,74	319	0,011**
	Oui	46	44,2	3,53		
	Total	104	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA						
	Rôle consultatif principalement	8	11,1	3,55		
	Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9	3,62		
	Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1	3,96	30,798	< 0,001**
	Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9	3,71		
	Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8	1,67		
	Autre	8	11,1	2,68		
	Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients						
	Chaque jour	49	68,1	3,65	29,256	< 0,001**
	Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	2,61		
	Je ne rencontre pas de patients et autres	10	13,9	1,36		

	Total	72	100			
Moyenne de patients rencontrés par jour						
Moins d'un patient	6	9,5	1,96			
1 à 9 patients	25	39,7	3,76	13,165	0,004**	
10 patients et plus	22	34,9	3,55			
Autre	10	15,9	2,99			
Total	63	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs						
Moins de 25 %	30	45,5	2,36	148,5	< 0,001**	
25 - 100 %	36	54,5	3,81			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à l'éducation						
Moins de 25 %	42	63,6	2,84	281	0,011**	
25 - 100 %	18	36,4	3,64			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré au leadership organisationnel						
Moins de 25 %	56	84,8	3,26	152	0,039**	
25 - 100 %	10	15,2	2,4			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la gestion et coordination						
Moins de 25 %	49	73,1	3,46	135,5	< 0,001**	
25 - 100 %	18	26,9	2,08			
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs						
Moins de 25 %	36	53,7	2,54	176,5	< 0,001**	
25 - 100 %	31	46,3	4,07			
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré au leadership organisationnel						
Moins de 25 %	60	89,6	3,24	65,5	0,015**	
25 - 100 %	7	10,4	2,01			
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré à la gestion et coordination				167	< 0,001**	

Moins de 25 %	47	67,1	3,54
25 - 100 %	23	32,9	2,2
Total	70	100	

** Significatif à 5%

Activités éducatives

Les IRE qui fournissent des activités éducatives plus fréquemment sont caractérisées statistiquement par plusieurs particularités : elles ont déménagé d'une province ou territoire canadien vers celui actuellement habité ($p= 0,029$; $M= 3$); elles n'occupent pas actuellement un emploi comme IRELA ($p= 0,022$; $M= 2,26$); elles n'ont pas travaillé comme IRELA dans la province du Québec ($p= 0,046$; $M= 2,44$); elles ont un niveau de scolarité universitaire ($p= 0,019$; $M= 2,23$); la gestion et la coordination des soins sont leurs principaux domaines de spécialité ($p= 0,03$; $M= 2,79$); elles travaillent en milieu scolaire ($p= 0,021$; $M= 3,3$); elles ne font pas des heures de gardes par semaine ($p= 0,003$; $M= 2,31$); elles exercent un rôle consultatif principalement ($p= 0,006$; $M= 2,7$); elles rencontrent leurs patients au moins une à deux fois par semaine ($p= 0,002$; $M= 2,79$); 25-49% des patients de leurs pratiques cliniques ont moins de 9 ans ($p= 0,03$; $M= 2,39$); elles estiment qu'idéalement il faudrait consacrer moins de 25% aux soins cliniques directs ($p= 0,004$; $M= 2,36$); elles consacrent actuellement moins de 25% de leurs temps aux soins cliniques directs ($p< 0,001$; $M= 2,38$) et plus de 25% de leur temps à la recherche ($p= 0,035$; $M= 3,45$); elles ont déjà travaillé avec une IPS ($p= 0,020$; $M= 2,28$). Le tableau 11 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%.

Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 11
Profil des IRE selon les activités éducatives

Variables indépendantes	Éducation				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Déménagement d'une autre province vers celle actuellement habitée					
Non	111	90,2	1,95	59,5	0,029**
Oui	12	9,8	3		
Total	123	100			
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	2,26	312	0,022*
Oui	64	57,1	1,87		
Total	112	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
<i>Alberta</i>					
Non	112	99,1	2,01	0	0,088*
Oui	1	0,9	4		
Total	113	100			
<i>Québec</i>					
Non	30	26,5	2,44	217,5	0,046**
Oui	83	73,5	1,92		
Total	113	100			
Niveau de scolarité					
Collégiale	47	44,8	1,74	293,5	0,019**
Universitaire	58	55,2	2,23		
Total	105	100			
Principal domaine de spécialité					
Services courants	23	21,9	1,68	16,212	0,03**
Soins aigus	26	24,8	2,05		
Services de prévention et de promotion de la santé	20	19	1,85		

Gestion et supervision des soins	20	19	2,79		
Autre	16	15,2	1,86		
Total	105	100			
Milieu de travail					
<i>Milieu scolaire</i>					
Non	96	92,3	1,97	18	0,021**
Oui	8	7,7	3,3		
Total	104	100			
Statut d'emploi					
Temps plein	90	86,5	2,06		
Temps partiel	7	6,7	1,75	6,654	0,084*
Contractuel	3	2,9	3,8		
Autre	4	3,8	1,23		
Total	104	100			
Faire des heures de gardes par semaine					
Non	58	55,8	2,31	271,5	0,003**
Oui	46	44,2	1,73		
Total	104	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA					
Rôle consultatif principalement	8	11,1	2,7		
Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9	1,69		
Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1	1,84	16,311	0,006**
Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9	1,79		
Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8	2,51		
Autre	8	11,1	1,88		
Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients					
Chaque jour	49	68,1	1,79		
Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	2,6	12,518	0,002**
Je ne rencontre pas de patient et autre	10	13,9	2,42		
Total	72	100			
Pourcentage de patients de votre pratique clinique ayant moins de 9 ans				6,981	0,03**

	Moins de 25%	33	57,9	1,78		
	25 - 49 %	16	28,1	2,39		
	50 -100 %	8	14	1,97		
	Total	57	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs						
	Moins de 25 %	30	45,5	2,36	256,5	0,004**
	25 - 100 %	36	54,5	1,72		
	Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la consultation						
	Moins de 25 %	54	83,1	1,95	145	0,080*
	25 - 100 %	11	16,9	2,4		
	Total	65	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs						
	Moins de 25 %	36	53,7	2,38	210,5	< 0,001**
	25 - 100 %	31	46,3	1,68		
	Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la recherche						
	Moins de 25 %	62	95,4	1,97	7	0,035**
	25 - 100 %	3	4,6	3,45		
	Total	65	100			
Facteurs ayant le plus influencé votre degré de satisfaction						
	L'amour pour son travail et impact positif de son rôle sur la santé des patients	9	24,3	2,11		
	La reconnaissance du rôle de l'infirmière et de son expertise ainsi que la collaboration interprofessionnelle	5	13,5	2,4		
	L'autonomie de pratique	8	21,6	1,39		
	L'amour pour le rôle élargi	4	10,8	1,85	12,498	0,085*
	Le clivage, la résistance au changement, et le manque de support des gestionnaires	2	5,4	2,3		
	Rôle pas clair, travail des collègues insuffisants, absentéisme, manque de ressource	5	13,5	1,88		
	Ne sait pas	2	5,4	1,7		
	Pas claire	2	5,4	3,9		

	Total	37	100			
Avoir travaillé avec une IPS	Non	21	41,2	1,83	194	0,020**
	Oui	30	58,8	2,28		
	Total	51	100			

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités de recherche et de projet

Les IRE qui ont réalisé des activités de recherche et de projet à une fréquence élevée sont caractérisées par les particularités suivantes : elles ont déménagé d'un territoire ou d'une province vers celui habité actuellement ($p= 0,025$; $M= 2,29$); elles n'occupent pas actuellement un emploi comme IRELA ($p= 0,006$; $M= 1,81$); elles ont un niveau universitaire ($p= 0,028$; $M= 1,69$); elles travaillent en santé publique ($p= 0,003$; $M= 2,65$) ou en milieu scolaire ($p= 0,004$; $M= 3,36$); elles ne sont pas membres d'un syndicat ($p= 0,046$; $M= 1,92$); elles ne font pas des heures de garde par semaine ($p= 0,020$; $M= 1,75$); elles jouent un rôle consultatif principalement ($p= 0,009$; $M= 2,17$); elles ne rencontrent pas leurs patients ($p= 0,027$; $M= 2$); elles estiment qu'idéalement moins de 25% de leur temps devrait être consacré aux soins cliniques directs ($p= 0,016$; $M= 1,79$); elles consacrent actuellement moins de 25% aux soins cliniques directs ($p= 0,012$; $M= 1,74$); elles ont déjà travaillé avec une IPS ($p= 0,041$; $M= 1,68$). Le tableau 12 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas statistiquement significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 12

Profil des IRE selon les activités de recherche et de projet

Variables indépendantes	Recherche et projet				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Déménagement d'une autre province vers celle actuellement habitée					
Non	111	90,2	1,49	57	0,025**
Oui	12	9,8	2,29		
Total	123	100			
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	1,81	283	0,006**
Oui	64	57,1	1,35		
Total	112	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
<i>Alberta</i>					
Non	112	99,1	1,51	0	0,084*
Oui	1	0,9	4		
Total	113	100			
Niveau de scolarité					
Collégiale	47	44,8	1,33	306	0,028**
Universitaire	58	55,2	1,69		
Total	105	100			
Milieu de travail					
<i>Médecine</i>					
Non	100	96,2	1,52	35,5	0,078*
Oui	4	3,8	2,24		
Total	104	100			
<i>Santé publique</i>					
Non	94	95,2	1,44	44	0,003**
Oui	10	9,6	2,65		
Total	104	100			
<i>Milieu scolaire</i>					
Non	96	92,3	1,46	3	0,004**
Oui	8	7,7	3,36		

	Total	104	100			
Membre d'un syndicat						
	Non	47	44,8	1,92	173,5	0,046**
	Oui	58	55,2	1,48		
	Total	105	100			
Faire des heures de gardes par semaine						
	Non	58	55,8	1,75	315,5	0,020**
	Oui	46	44,2	1,33		
	Total	104	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA						
Rôle consultatif principalement		8	11,1	2,17		
Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients		23	31,9	1,26		
Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients		8	11,1	1,38	15,456	0,009**
Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique		10	13,9	1,35		
Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques		15	20,8	1,99		
Autre		8	11,1	1,27		
Total		72	100			
Fréquence de rencontre des patients						
Chaque jour		49	68,1	1,37	7,205	0,027**
Au moins 1 à 2 fois par semaine		13	18,1	1,84		
Je ne rencontre pas de patients et autres		10	13,9	2		
Total		72	100			
Moyenne de patients rencontrés par jour						
Moins d'un patient		6	9,5	1,64	7,619	0,055*
1 à 9 patients		25	39,7	1,56		
10 patients et plus		22	34,9	1,24		
Autre		10	15,9	2,99		
Total		63	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs						
Moins de 25 %		30	45,5	1,78	287,5	0,016**
25 - 100 %		36	54,5	1,29		
Total		66	100			

Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs						
Moins de 25 %	36	53,7	1,74	281	0,012**	
25 - 100 %	31	46,3	1,33			
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré au leadership organisationnel						
Moins de 25 %	60	89,6	1,49	86,5	0,059*	
25 - 100 %	7	10,4	2,03			
Total	67	100				
Avoir travaillé avec une IPS						
Non	21	41,2	1,45	210	0,041**	
Oui	30	58,8	1,68			
Total	51	100				

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités de leadership organisationnel

Les IRE qui ont réalisé des activités de leadership organisationnel à une fréquence élevée sont caractérisées par les particularités suivantes : elles n'occupent pas actuellement un emploi comme IRELA ($p < 0,001$; $M = 2,62$); leurs principaux domaines de spécialités sont la gestion et la coordination des soins ($p = 0,003$; $M = 3,13$); elles n'exercent pas dans les CMC des communautés autres que celle de Chisasibi ($p = 0,015$; $M = 2,43$); elles exercent au département de médecine de l'hôpital Chisasibi ($p = 0,042$; $M = 3,62$), à l'urgence ($p = 0,021$; $M = 4,31$), en milieu scolaire ($p = 0,005$; $M = 4,21$), ou en milieu communautaire ($p = 0,042$; $M = 3,44$); elles ne sont pas membres d'un syndicat ($p = 0,015$; $M = 2,8$); elles ne font pas des heures de gardes par semaine ($p = 0,03$; $M = 2,8$); elles offrent un soutien indirect et elles contribuent à améliorer les soins cliniques par l'intermédiaire de la formation du personnel, de l'élaboration de programmes et/ou de la mise sur pied d'initiatives d'amélioration de la qualité ($p < 0,001$; $M = 3,05$); elles

rencontrent leurs patients au moins une à deux fois par semaine ($p < 0,001$; $M = 2,88$); elles rencontrent en moyenne moins d'un patient par jour ($p = 0,002$; $M = 3,12$); elles estiment qu'idéalement moins de 25% de leur temps devrait être consacré aux soins cliniques directs ($p = 0,01$; $M = 2,6$) et plus de 25% de leur pratique clinique aux activités de leadership organisationnel ($p = 0,014$; $M = 2,94$) ainsi qu'à la gestion et la coordination des soins ($p < 0,001$; $M = 3,05$); elles consacrent actuellement moins de 25% aux soins cliniques directs ($p < 0,001$; $M = 2,49$) et plus de 25% du temps au leadership organisationnel ($p = 0,004$; $M = 3,33$) ainsi qu'à la gestion et coordination des soins ($p < 0,001$; $M = 2,94$); elles ont déjà travaillé en collaboration avec une IPS ($p = 0,005$; $M = 2,6$). Le tableau 13 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables sont présentées dans le tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 13

Profil des IRE selon les activités de leadership organisationnel

Variables indépendantes							Leadership organisationnel		
	N	%	Moy	Med	E-T	Moy	Valeur du test	P-value	
Emploi actuel comme IRELA									
Non	48	42,9				2,62	222	<0,001**	
Oui	64	57,1				1,72			
Total	112	100							
Antécédent d'emploi comme IRELA									
Non	29	60,4				2,27	54	0,076*	
Oui	19	39,6				2,95			
Total	48	100							

Province ou territoire du
Canada d'exercice comme
IRELA actuellement ou
anciennement

Ontario

Non	111	98,2				2,08		
Oui	2	1,8				4,62	0,5	0,091*
Total	113	100						

Compréhension du rôle
élargi par patient

Mauvaise compréhension	16	18,8				3	-0,247	0,094*
Bonne compréhension	69	81,2	1,81	2	0,393	1,95		
Total	85	100						

Principal domaine de
spécialité

Services courants	23	21,9				1,58		
Soins aigus	26	24,8				1,99		
Services de prévention et de promotion de la santé	20	19				1,71	16,392	0,003**
Gestion et supervision des soins	20	19				3,13		
Autre	16	15,2				2,3		
Total	105	100						

Milieu de travail

*CMC d'autres
communautés*

Non	51	49				2,43	298	0,015**
Oui	53	51				1,82		
Total	104	100						

Médecine

Non	100	96,2				2,04		
Oui	4	3,8				3,62	26,5	0,042**
Total	104	100						

Urgences

Non	99	95,2				2,05		
Oui	5	3,8				4,31	2,5	0,021**
Total	104	100						

Milieu scolaire

Non	96	92,3				2,01	3,5	0,005**
-----	----	------	--	--	--	------	-----	---------

	Oui	8	7,7	4,21		
	Total	104	100			
<i>Milieu communautaire</i>						
	Non	100	96,2	2,05	26,5	0,042**
	Oui	4	3,8	3,44		
	Total	104	100			
Membre d'un syndicat						
	Non	47	44,8	2,8		
	Oui	58	55,2	1,97	147	0,015**
	Total	105	100			
Faire des heures de gardes par semaine						
	Non	58	55,8	2,46	256,5	0,03**
	Oui	46	44,2	1,72		
	Total	104	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA						
	Rôle consultatif principalement	8	11,1	2,85		
	Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9	1,68		
	Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1	1,58	21,041	< 0,001**
	Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9	1,63		
	Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8	3,05		
	Autre	8	11,1	1,77		
	Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients						
	Chaque jour	49	68,1	1,73	16,946	< 0,001**

Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	2,88		
Je ne rencontre pas de patients et autres	10	13,9	2,85		
Total	72	100			
Moyenne de patients rencontrés par jour					
Moins d'un patient	6	9,5	3,12		
1 à 9 patients	25	39,7	1,9	14,834	0,002**
10 patients et plus	22	34,9	1,51		
Autre	10	15,9	2,69		
Total	63	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	30	45,5	2,6	198	< 0,001**
25 - 100 %	36	54,5	1,58		
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à l'éducation					
Moins de 25 %	42	63,6	2,29	316	0,093*
25 - 100 %	18	36,4	1,79		
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré au leadership organisationnel					
Moins de 25 %	56	84,8	1,92	110	0,014**
25 - 100 %	10	15,2	2,94		
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la gestion et coordination					
Moins de 25 %	49	73,1	1,76	121,5	< 0,001**
25 - 100 %	18	26,9	3,05		
Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	36	53,7	2,49	208,5	< 0,001**

25 - 100 %	31	46,3			2,12	
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré au leadership organisationnel						
Moins de 25 %	60	89,6		1,93	44,5	0,004**
25 - 100 %	7	10,4		3,33		
Total	67	100				
Pourcentage de temps actuel consacré à la gestion et coordination						
Moins de 25 %	47	67,1		1,75	148	< 0,001**
25 - 100 %	23	32,9		2,94		
Total	70	100				
Avoir travaillé avec une IPS						
Non	21	41,2		1,75	170,5	0,005**
Oui	30	58,8		2,6		
Total	51	100				

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités de perfectionnement académique

Les IRE qui ont réalisé des activités de perfectionnement académique à une fréquence élevée sont caractérisées par les particularités suivantes : elles ont déjà travaillé comme IRELA ($p=0,02$; $M=2,26$); elles ont un niveau universitaire ($p=0,018$; $M=1,96$); leurs principaux domaines de spécialités sont la gestion et la coordination des soins ($p=0,007$; $M=1,96$); elles offrent un soutien indirect et elles contribuent à améliorer les soins cliniques par l'intermédiaire de la formation du personnel, de l'élaboration de programmes et/ou de la mise sur pied d'initiatives d'amélioration de la qualité ($p=0,016$; $M=2,24$); elles ne rencontrent pas de patients ($p<0,001$; $M=2,27$); elles estiment qu'idéalement moins de 25% de leur temps devrait être consacré aux soins cliniques directs ($p=0,01$;

M= 2,08) et plus de 25% de leur pratique clinique à la gestion et coordination des soins (p= 0,047; M= 2,01); elles consacrent actuellement moins de 25% aux soins cliniques directs (p= 0,001; M= 2,03) et plus de 25% du temps à la recherche (p= 0,026; M= 3,29). Le tableau 14 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 14

Profil des IRE selon les activités de perfectionnement académique

Variables indépendantes	Perfectionnement académique				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	1,97	316,5	0,060*
Oui	64	57,1	1,68		
Total	112	100			
Antécédent d'emploi comme IRELA					
Non	29	60,4	1,64	39,5	0,020**
Oui	19	39,6	2,26		
Total	48	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
<i>Colombie-Britannique</i>					
Non	112	99,1	1,82	1	0,098*
Oui	1	0,9	1		
Total	113	100			
<i>Alberta</i>					
Non	112	99,1	1,77	0	0,087*
Oui	1	0,9	4		
Total	113	100			
Disposition d'une description de tâche écrite de l'IRELA par l'employeur					
Non	34	39,1	1,69	205,5	0,094*

	Oui	53	60,9	1,96		
	Total	87	100			
Niveau de scolarité						
	Collégiale	47	44,8	1,57	270,5	0,018**
	Universitaire	58	55,2	1,96		
	Total	105	100			
Principal domaine de spécialité						
	Services courants	23	21,9	1,73		
	Soins aigus	26	24,8	1,56		
	Services de prévention et de promotion de la santé	20	19	1,53	14,186	0,007**
	Gestion et supervision des soins	20	19	2,35		
	Autre	16	15,2	1,96		
	Total	105	100			
Milieu de travail						
<i>Santé publique</i>						
	Non	94	95,2	1,77	70	0,070*
	Oui	10	9,6	2,26		
	Total	104	100			
<i>Milieu scolaire</i>						
	Non	96	92,3	1,77	14,5	0,072*
	Oui	8	7,7	3,07		
	Total	104	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA						
	Rôle consultatif principalement Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	8	11,1	2,05		
	Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	23	31,9	1,69		
	Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	8	11,1	1,53	13,948	0,016**
	Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	10	13,9	1,62		
	Autre	15	20,8	2,24		
	Total	8	11,1	1,49		
	Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients					16,164	< 0,001**

Chaque jour	49	68,1	1,58		
Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	2,2		
Je ne rencontre pas de patient et autre	10	13,9	2,27		
Total	72	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	30	45,5	2,08	221	0,01**
25 - 100 %	36	54,5	1,54		
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la gestion et coordination					
Moins de 25 %	49	73,1	1,74	228	0,047**
25 - 100 %	18	26,9	2,01		
Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	36	53,7	2,03	223,5	0,001**
25 - 100 %	31	46,3	1,67		
Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la recherche					
Moins de 25 %	62	95,4	1,75	4	0,026**
25 - 100 %	3	4,6	3,29		
Total	65	100			
Principales stratégies pour la promotion du développement du rôle de l'IRE					
Promotion dans la communauté, dans le système éducatif, au CMQ et implication de l'OIIQ	12	30,8	1,49		
Stratégie politique, gestion du système de santé par les gestionnaires	6	15,4	2,21	10,495	0,062*
Collaboration MD-Infirmière et démontrer impact positif selon la communauté	5	12,8	1,51		
Enjeux économiques, clarification et reconnaissance du rôle de l'IRELA	7	17,9	1,8		
Je ne sais pas	5	12,8	1,57		
Pas claire	4	10,3	2,71		

Total 39 100

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités de consultation

Les IRE qui ont réalisé des activités de consultation à une fréquence élevée sont caractérisées par les particularités suivantes : elles sont de sexe masculin ($p= 0,025$; $M= 2,71$); elles travaillent en milieu communautaire ($p= 0,048$; $M= 3,33$); elles rendent visite aux patients à domicile ($p= 0,022$; $M= 2,80$); elles estiment qu'idéalement moins de 25% de leur temps devrait être consacré aux soins cliniques directs ($p= 0,025$; $M= 2,57$); elles consacrent actuellement moins de 25% aux soins cliniques directs ($p= 0,043$; $M= 2,49$) et aux activités éducatives ($p= 0,028$; $M= 2,43$); et elles ont déjà travaillé en collaboration avec une IPS ($p= 0,038$; $M= 2,63$). Le tableau 15 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 15

Profil des IRE selon les activités de consultation

Variables indépendantes	Consultation				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Sexe					
Femme	97	78,9	2,09	229	0,025**
Homme	26	21,1	2,71		
Total	123	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					

<i>Nunavut</i>		Non	107	94,7	2,22	36	0,092*
		Oui	6	5,3	3,17		
		Total	113	100			
Milieu de travail							
<i>Milieu scolaire</i>		Non	96	92,3	2,22	15	0,076*
		Oui	8	7,7	3,5		
		Total	104	100			
<i>Milieu communautaire</i>		Non	100	96,2	2,21	27,5	0,048**
		Oui	4	3,8	3,33		
		Total	104	100			
Visite aux patients à domicile							
		Non	44	69,8	2,06	164,5	0,022**
		Oui	19	30,2	2,8		
		Total	63	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs							
		Moins de 25 %	30	45,5	2,57	287	0,025**
		25 - 100 %	36	54,5	2		
		Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la consultation							
		Moins de 25 %	54	83,1	2,16	121	0,074*
		25 - 100 %	11	16,9	2,83		
		Total	65	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs							
		Moins de 25 %	36	53,7	2,49	299,5	0,043**
		25 - 100 %	31	46,3	1,75		
		Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à l'éducation							
		Moins de 25 %	52	76,5	2,43	192	0,028**
		25 - 100 %	16	23,5	1,75		
		Total	68	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la recherche						14,5	0,076*

	Moins de 25 %	62	95,4	2,21		
	25 - 100 %	3	4,6	3,5		
	Total	65	100			
Avoir travaillé avec une IPS						
	Non	21	41,2	2,02	207	0,038**
	Oui	30	58,8	2,63		
	Total	51	100			

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Profil des infirmières en régions éloignées selon leurs fréquences de réalisations des activités professionnelles.

Activités professionnelles les moins réalisées

Les IRE ayant une fréquence élevée de réalisation d'AP les moins réalisées sont caractérisées statistiquement par plusieurs particularités : elles ont déjà occupé un emploi d'IRELA ($p= 0,024$; $M= 0,62$); elles travaillent en santé publique ($p= 0,015$; $M= 1,22$) ou en milieu scolaire ($p= 0,021$; $M= 2,89$); elles ne rencontrent pas de patient ($p= 0,019$; $M= 0,55$) ou la moyenne de patients rencontrés par jour est de 1 à 9 patients ($p= 0,036$; $M= 0,21$); elles estiment qu'il faut consacrer moins de 25% de sa pratique clinique actuelle dans les soins cliniques directs ($p= 0,015$; $M= 0,27$). Le tableau 16 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas statistiquement significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 16

Profil des IRE selon les activités professionnelles les moins réalisées

Variables indépendantes	AP les moins réalisées				
	N	%	Moy.	Valeur du test	P-value
Déménagement d'une autre province vers celle actuellement habitée					
Non	111	90,2	-0,11	70	0,071*
Oui	12	9,8	1,24		
Total	123	100			
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	0,22	325	0,081*
Oui	64	57,1	-0,17		
Total	112	100			
Antécédent d'emploi comme IRELA					
Non	29	60,4	-0,24	40	0,024**
Oui	19	39,6	0,62		
Total	48	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
<i>Alberta</i>					
Non	112	99,1	-0,07	0	0,088*
Oui	1	0,9	4,15		
Total	113	100			
Niveau de scolarité					
Collégiale	47	44,8	-0,4	253	0,09*
Universitaire	58	55,2	0,25		
Total	105	100			
Milieu de travail					
<i>Santé publique</i>					
Non	94	95,2	-0,11	47	0,015**
Oui	10	9,6	1,22		
Total	104	100			
<i>Milieu scolaire</i>					
Non	96	92,3	-0,1	2	0,021**
Oui	8	7,7	2,89		
Total	104	100			

Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA

Rôle consultatif principalement	8	11,1	0,7		
Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9	-0,25		
Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1	-0,23	9,655	0,086*
Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9	-0,16		
Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8	0,51		
Autre	8	11,1	-0,71		
Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients					
Chaque jour	49	68,1	-0,27		
Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	0,47	7,953	0,019**
Je ne rencontre pas de patient et autre	10	13,9	0,55		
Total	72	100			
Moyenne de patients rencontrés par jour					
Moins d'un patient	6	9,5	0,03		
1 à 9 patients	25	39,7	0,21	8,572	0,036**
10 patients et plus	22	34,9	-0,49		
Autre	10	15,9	-0,04		
Total	63	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	30	45,5	0,28	312	0,064*
25 - 100 %	36	54,5	-0,29		
Total	66	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	36	53,7	0,27		
25 - 100 %	31	46,3	-0,37	272	0,015**
Total	67	100			

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités professionnelles moyennement réalisées

Les IRE ayant une fréquence élevée de réalisation d'AP moyennement réalisées sont caractérisées statistiquement par plusieurs particularités : elles sont de sexe masculin ($p=0,026$; $M=0,47$); elles travaillent en milieu communautaire ($p=0,024$; $M=1,26$); elles rendent visite aux patients à domicile ($p=0,042$; $M=0,53$); elles estiment qu'il faut idéalement consacrer moins de 25% de sa pratique clinique dans les soins cliniques directs ($p=0,035$; $M=0,29$); elles estiment qu'il faut consacrer moins de 25% de sa pratique clinique actuelle dans les soins cliniques directs ($p=0,043$; $M=0,24$); elles n'ont jamais travaillé avec une IPS ($p=0,005$; $M=0,45$). Le tableau 17 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas statistiquement significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 17. Profil des IRE selon les activités professionnelles moyennement réalisées

Variables indépendantes	AP moyennement réalisées				
	N	%	Moyenne	Valeur du test	P-value
Sexe					
	Femme	97	78,9	-0,19	230 0,026**
	Homme	26	21,1	0,47	
	Total	123	100		
Milieu de travail					
	<i>Milieu communautaire</i>				
	Non	100	96,2	-0,07	19 0,024**
	Oui	4	3,8	1,26	
	Total	104	100		
Fréquence de rencontre des patients					
	Chaque jour	49	68,1	-0,14	4,857 0,088*
	Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	0,56	
	Je ne rencontre pas de patient et autre	10	13,9	-0,13	
	Total	72	100		

Visite aux patients à domicile						
	Non	44	69,8	-0,18	177	0,042**
	Oui	19	30,2	0,53		
	Total	63	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs						
	Moins de 25 %	30	45,5	0,29	295	0,035**
	25 - 100 %	36	54,5	-0,25		
	Total	66	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs						
	Moins de 25 %	36	53,7	0,24	299	0,043**
	25 - 100 %	31	46,3	-0,27		
	Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à l'éducation						
	Moins de 25 %	52	76,5	0,14	210	0,061*
	25 - 100 %	16	23,5	-0,42		
	Total	68	100			
Avoir travaillé en collaboration avec une IPS						
	Non	21	41,2	0,45	169	0,005**
	Oui	30	58,8	-0,32		
	Total	51	100			

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Activités professionnelles les plus réalisées

Les IRE ayant une fréquence élevée de réalisation d'AP les plus réalisées sont caractérisées statistiquement par plusieurs particularités : elles occupent un emploi d'IRELA actuellement ($p < 0,001$; $M = 0,47$); elles n'ont jamais occupé un emploi d'IRELA par le passé ($p = 0,010$; $M = -0,08$); elles ont pour principal domaine d'activité la prévention et la promotion de la santé ($p < 0,001$; $M = 0,65$); elles estiment qu'il faut idéalement consacrer plus de 25% de sa pratique clinique dans les activités de soins

cliniques directs ($p < 0,001$; $M = 0,59$) ou dans les activités éducatives ($p = 0,009$; $M = 0,47$); elles estiment qu'il faut consacrer idéalement moins de 25% de sa pratique clinique au leadership organisationnel ($p = 0,008$; $M = 0,16$), ou à la gestion et coordination ($p < 0,001$; $M = 0,39$); elles estiment qu'il faut consacrer moins de 25% de sa pratique clinique actuelle au leadership organisationnel ($p = 0,007$; $M = 0,16$), ou à la gestion et coordination ($p < 0,001$; $M = 0,44$); elles estiment qu'il faut consacrer plus de 25% de sa pratique clinique actuelle aux soins cliniques ($p < 0,001$; $M = 0,56$). Le tableau 18 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas statistiquement significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 18

Profil des IRE selon les activités professionnelles les plus réalisées

Variables indépendantes	AP les plus réalisées				
	N	%	Moy.	Valeur du test	P-value
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9	-0,62	179	< 0,001**
Oui	64	57,1	0,47		
Total	112	100			
Antécédent d'emploi comme IRELA					
Non	29	60,4	-0,08	34	0,010**
Oui	19	39,6	-1,07		
Total	48	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
<i>Alberta</i>					
Non	112	99,1	-0,02	0	0,088*
Oui	1	0,9	1,47		
Total	113	100			

Principal domaine de spécialité						
Services courants	23	21,9	0,55			
Soins aigus	26	24,8	-0,04			
Services de prévention et de promotion de la santé	20	19	0,65	19,731	< 0,001**	
Gestion et supervision des soins	20	19	-0,83			
Autre	16	15,2	-0,51			
Total	105	100				
Milieu de travail						
<i>CMC autres communautés</i>						
Non	51	49	-0,28	321	0,057*	
Oui	53	51	0,26			
Total	104	100				
<i>Urgences au CH de Chisasibi</i>						
Non	99	95,2	0,05	14	0,070*	
Oui	5	3,8	-1,36			
Total	104	100				
Membre d'un syndicat						
Non	47	44,8	-1,14	69	< 0,001**	
Oui	58	55,2	0,26			
Total	105	100				
Faire des heures de gardes par semaine						
Non	58	55,8	-0,27	311	0,042**	
Oui	46	44,2	0,31			
Total	104	100				
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA						
Rôle consultatif principalement	8	11,1	0,5			
Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9	0,38			
Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1	0,7	27,457	< 0,001**	
Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9	0,5			
Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8	-1,2			
Autre	8	11,1	-0,52			
Total	72	100				

Fréquence de rencontre des patients						
Chaque jour	49	68,1	0,46			
Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1	-0,44	23,377	< 0,001**	
Je ne rencontre pas de patient et autre	10	13,9	-1,41			
Total	72	100				
Moyenne de patients rencontrés par jour						
Moins d'un patient	6	9,5	-1,18			
1 à 9 patients	25	39,7	0,6	16,465	< 0,001**	
10 patients et plus	22	34,9	0,41			
Autre	10	15,9	-0,29			
Total	63	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs						
Moins de 25 %	30	45,5	-0,59	158	< 0,001**	
25 - 100 %	36	54,5	0,59			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à l'éducation						
Moins de 25 %	42	63,6	-0,24	240	0,009**	
25 - 100 %	18	36,4	0,47			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré au leadership organisationnel						
Moins de 25 %	56	84,8	0,16	80	0,008**	
25 - 100 %	10	15,2	-0,7			
Total	66	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la gestion et coordination						
Moins de 25 %	49	73,1	0,39	71	< 0,001**	
25 - 100 %	18	26,9	-1,06			
Total	67	100				
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux tâches autres que les soins infirmiers						
Moins de 25 %	64	98,5	0,06	0	0,089*	
25 - 100 %	1	1,5	-1,93			
Total	65	100				
Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs				207	< 0,001**	

	Moins de 25 %	36	53,7	-0,42		
	25 - 100 %	31	46,3	0,56		
	Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré au leadership organisationnel						
	Moins de 25 %	60	89,6	0,16	50	0,007**
	25 - 100 %	7	10,4	-1,08		
	Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la gestion et coordination						
	Moins de 25 %	47	67,1	0,44	88	< 0,001**
	25 - 100 %	23	32,9	-0,95		
	Total	70	100			

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Collaboration entre les infirmières en régions éloignées et les infirmières praticiennes spécialisées

L'appréciation du degré de collaboration IRE-IPS est présentée dans le tableau 19 ci-dessous. Parmi les infirmières et infirmières gestionnaires qui ont participé à cette recherche, 58,8% ont affirmé n'avoir jamais collaboré avec une IPS et 64,7% ont estimé que l'intégration des IPS dans les communautés pourrait améliorer l'accessibilité et la qualité des soins en première ligne et en néphrologie. La principale raison évoquée par la majorité de ces participantes (23,4%) pour justifier ce dernier point a été le fait qu'elles considèrent que les IPS sont compétentes, expérimentées, et possèdent de solides connaissances. S'agissant de l'intégration des IPS, 48,9% des participantes ont trouvé que cela était avantageux pour leurs champs de pratiques respectifs, 20 % ont estimé que cela était un inconvénient, et 22,2 % ont été neutre sur la question. Aussi, 43,1% ont estimé

que les IPS apporteraient toutefois une duplication de soins et 82,9% ont soutenu que les IPS seraient une ressource pour leur pratique.

Tableau 19
Collaboration entre IRE et IPS

Variables	Effectif (Pourcentage)
Travaille en collaboration avec une IPS	
Non	30(58,8)
Oui	21(41,2)
Total	51(100)
L'intégration d'IPS pourrait améliorer la qualité et l'accessibilité en 1 ^{re} ligne et en néphrologie	
Non	18 (35,3)
Oui	33 (64,7)
Total	51(100)
Précisions sur l'idée que l'intégration des IPS pourrait avoir ces avantages	
Les IPS sont compétentes, expérimentées, et possèdent de solides connaissances	11 (23,4)
Les IPS compensent les ressources médicales restreintes	4 (8,5)
Les IPS favorisent la prise en charge, offrent des services rapides, renforcent les connaissances des professionnels	8 (17)
Pertinent d'avoir des IPS en néphrologie	5 (10,6)
Non pertinent l'intégration des IPS en région éloignée, car l'IRELA joue déjà ce rôle	13 (27,7)
Pas claire	6 (12,8)
Total	47 (100)
L'intégration des IPS apporterait une duplication de soins	
Non	29 (56,9)
Oui	22 (43,1)
Total	51 (100)
L'IPS pourrait être une ressource pour l'infirmière concernant sa pratique clinique	
Non	9 (17,6)
Oui	42 (82,4)

Total	51 (100)
Appréciation de l'intégration des IPS selon le champ de pratique de l'IRELA	
Avantages	22 (48,9)
Inconvénients	9 (20)
Neutre ou avis partagé	10 (22,2)
Pas claire	4(8,9)
Total	45 (100)
Moyenne de patients consultés par semaine et référés aux médecins	
1 à 6 patients	15 (57,7)
7 patients et plus	11 (42,3)
Total	26 (100)

Profil des infirmières en régions éloignées selon le degré de collaboration.

Les IRE qui ont une perception de la collaboration avec les IPS élevée se caractérisent par les particularités suivantes : elles sont actuellement inscrites à un programme d'études ($p= 0,05$; $M= 1,38$); elles travaillent dans les CMC autres que celle de Chisasibi ($p= 0,043$; $M= 1,31$); elles font des heures de gardes par semaine ($p= 0,081$; $M= 1,3$); elles consacrent plus de 25% de leurs temps aux tâches autres que celles liées aux soins infirmiers ($p= 0,043$; $M= 2$); elles sont personnellement insatisfaites de leurs rôles actuels ($p= 0,057$; $M= 1,38$) et elles n'ont pas de projets immédiats de recherche d'emploi ($p= 0,08$; $M= 1,23$). Le tableau 20 ci-dessous présente les résultats des variables uniquement significatives à 5% et 10%. Toutes les autres variables qui ne sont pas présentées dans ce tableau ne sont pas significatives conformément au tableau C présenté à l'appendice F.

Tableau 20

Profil des IRE selon le degré de collaboration avec l'IPS

Variables indépendantes	Degré de collaboration							
	N	%	Moy.	Med.	E-T	Moy.	Valeur du test	P-value
Inscription active à un programme d'études								
Non	80	76,2				1,13		
Oui	25	23,8				1,38	184,5	0,050*
Total	105	100						
Milieu de travail <i>CMC autres communautés</i>								
Non	51	49				1,08		
Oui	53	51				1,31	251	0,043**
Total	104	100						
Faire des heures de gardes par semaine								
Non	58	55,8				1,11		
Oui	46	44,2				1,3	258,5	0,081*
Total	104	100						
Pourcentage de temps actuel consacré aux tâches autres que liées aux soins infirmiers								
Moins de 25 %	64	95,5				1,18	4,5	0,043**
25 - 100 %	3	4,5				2		
Total	67	100						
Satisfaction personnelle de votre rôle actuel								
Insatisfait	13	29,5				1,38		
Satisfait	31	70,5	1,7	2	0,46	1,13	-0,289	0,057*
Total	44	100						
Énoncé qui décrit le mieux vos projets futurs								
Je suis satisfaite dans mon rôle actuel et je n'ai pas de projet immédiat de recherche d'un nouvel emploi	30	68,2				1,23	6,762	0,080*

Je n'ai pas le rôle élargi et je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi avec le rôle élargi	1	2,3	1
Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé	10	22,7	1
Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé	0	0	0
Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé	0	0	0
Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé	3	6,8	1,67
Total	44	100	

** Significatif à 5% * Significatif à 10%

Influence des activités professionnelles des infirmières en régions éloignées sur la collaboration IRE-IPS

Le test de Mann-Whitney a été utilisé afin de caractériser la relation entre les trois facteurs et le degré de collaboration entre les IRE et les IPS. En effet, ceci se justifie par le fait que non seulement la taille de l'échantillon est petite ($n = 60$), mais aussi seul le facteur regroupant les AP les moins réalisées suit une distribution de loi normale. Cette petite taille de l'échantillon s'explique par le fait qu'un peu moins de la moitié des participants ont répondu à la section du questionnaire portant sur les AP des IRE. Toutefois, les résultats obtenus et présentés dans le tableau 21 ci-dessous montrent bien

qu'il existe une relation statistiquement significative (avec un seuil de 10%) entre les AP les moins réalisées et le degré de collaboration ($p = 0,055$). Les autres associations ne sont pas statistiquement significatives. C'est dire qu'il y a uniquement un potentiel de collaboration chez les IRE lorsqu'elles pratiquent des AP les moins souvent réalisées. En d'autres termes, lorsque les IRE réalisent des AP qu'elles font rarement ou des AP qu'elles jugent difficiles, elles pensent qu'ils seraient intéressants de collaborer avec les IPS.

Tableau 21

Résultats du test statistique entre les activités professionnelles de l'IRE et le degré de collaboration IRE - IPS

	AP les moins réalisées	AP moyennement réalisées	AP les plus réalisées
U de Mann-Whitney	124,000	200,000	192,000
W de Wilcoxon	179,000	1061,000	247,000
Z	-1,922	-0,119	-0,308
Sig. asymptotique (bilatérale)	0,055	0,906	0,758

Variable de regroupement : Degré de collaboration à deux catégories

Discussion

L'objectif de cette étude était d'examiner l'appréciation qu'ont les IRE de leur collaboration avec les IPS en régions éloignées du Québec. De manière plus spécifique, il était question de décrire les AP des IRE et d'examiner l'influence des AP des IRE sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS. Cette section vise non seulement à discuter des résultats obtenus, mais aussi à présenter les forces et les limites de cette recherche. Elle se terminera par les implications de cette étude pour la discipline infirmière.

En premier lieu, les résultats montrent que le pourcentage de temps moyen consacré par les IRE à chacune des AP est environ de : 28% pour les soins cliniques; 16% pour les activités éducatives; 12% pour la consultation; 8% pour le leadership organisationnel; 5% pour le perfectionnement académique; et seulement 4% pour la recherche. En absence de données sur les IRE, la littérature sur les AP réalisées par d'autres catégories de professionnelles infirmières comme les ICS montre quelques similarités avec nos résultats en ce qui concerne les activités de soins cliniques, d'éducation, de consultation, et de recherche comme le présente l'étude de Kilpatrick et al. (2016). En effet, ces auteurs affirment que les ICS consacrent une durée variable de leur temps de travail à chacune des AP : 0 à 67% pour les soins cliniques; 3 à 21% pour les activités éducatives; 2 à 7% pour la recherche; et 2 à 22% pour les activités de consultation. Aussi, une autre similarité entre ces deux résultats est observée quant aux AP les plus réalisées qui sont les soins cliniques et aux AP les moins réalisées qui sont les activités de recherche. En outre, s'agissant de l'activité leadership organisationnelle, les résultats obtenus diffèrent de ceux présentés par Kilpatrick et al. (2016), car ces auteurs mentionnent un pourcentage de temps allant de 20 à 27% pour les activités

d'administration et de leadership organisationnel. De plus, les activités de perfectionnement académique semblent absentes dans ces résultats concernant les ICS. Il serait donc opportun de déduire que les IRE et les ICS consacrent plus de leurs temps dans les activités de soins cliniques, mais très peu dans les activités de recherche, alors qu'elles devraient exercer pleinement ces différentes activités.

En deuxième lieu, les résultats ont montré que les six AP de l'IRE telles que définies par Kilpatrick et al. (2013, 2016) peuvent être divisées en trois grands groupes selon leurs fréquences de réalisation: les AP les plus réalisées qui comprennent les soins cliniques; les AP moyennement réalisées qui comprennent les consultations; et les AP les moins réalisées qui englobent les activités d'éducation, de recherche, de leadership organisationnel et de perfectionnement académique. Ce regroupement semble quelque peu différent de celui trouvé dans la littérature consultée. En effet, la recension des écrits a permis de trouver une typologie sur le rôle de l'IRE (Fournier et al., 2021). Cette typologie était composée de quatre sous-rôles (administratif, infirmier, médical et communautaire). Parmi ces sous-rôles, il ne semble pas clairement apparaître les activités de recherche, de leadership organisationnel et de perfectionnement académique. Autrement dit, il semblerait que les auteures de cette typologie se soient davantage focalisées sur les activités éducatives de l'IRE ainsi que sur les activités avec une fréquence de réalisation globalement élevée. Ainsi, les AP de l'IRE les moins souvent réalisées telles que trouvées dans notre étude excepté les activités éducatives ne semblent pas présentes dans cette typologie. À la différence de l'étude de Fournier et al. (2021), notre étude va un peu plus loin en prenant en compte dans la typologie des rôles joués

l'ensemble des AP de l'IRE y compris celles qui sont les moins réalisées. C'est d'ailleurs dans ces AP les moins réalisées qu'il existe un potentiel de collaboration avec les IPS comme le démontre le prochain résultat.

En troisième lieu, les résultats obtenus ont montré que les IRE ressentent davantage le besoin de collaborer avec les IPS lorsqu'elles réalisent des AP qu'elles pratiquent moins fréquemment, soient les activités de recherche, de perfectionnement académique, d'éducation et de leadership organisationnel. Ce résultat semble novateur également, car à notre connaissance aucun écrit scientifique discutant de la collaboration IRE - IPS en a fait allusion. Il en est de même de l'absence d'écrit clair sur l'influence des AP des infirmières (toutes catégories d'infirmières excepté les IPS) sur la collaboration entre les infirmières et les IPS. Cependant, la littérature consultée sur la collaboration infirmière – IPS discute plutôt des conditions dans lesquelles ces deux professionnelles collaborent mieux (Moore & Prentice, 2013). En effet, ces auteures ont démontré que les IPS collaborent bien avec les autres infirmières dans les conditions suivantes : passer suffisamment du temps ensemble à interagir aussi bien à l'intérieur qu'à l'extérieur du cadre clinique; disposer des compétences de base d'une bonne collaboration comme celles d'avoir des connaissances et une expérience clinique spécifique à la spécialité pratiquée; absence des obstacles à la collaboration (exemple : manque d'éducation formelle sur la façon de collaborer, absence de soutien de la direction de leur employeur, surcharge de travail, etc.). Il apparaît donc que les AP les moins réalisées de l'IRE telles que retrouvées dans notre étude ne semblent pas avoir été clairement considérées par ces auteures parmi les conditions nécessaires à une probable collaboration entre les IPS et les autres

infirmières élaborées antérieurement. Ce constat semble être également le même lorsqu'il s'agit de la collaboration infirmière – infirmière (IPS exclue) (Duddle & Boughton, 2007; Lamont et al., 2015; Moore & Prentice, 2015; Ylitörmänen et al., 2019). Toutefois, la présente étude montre tout de même que les AP de l'IRE influencent le degré de collaboration avec l'IPS, tel qu'il pourrait se déduire de l'étude de Moore et Prentice (2013). En effet, ces auteures ont démontré que la surcharge de travail de l'infirmière qui est étroitement liée à ses multiples AP est un obstacle à la collaboration entre les infirmières et les IPS. D'autre part, l'existence d'un potentiel de collaboration chez les IRE lorsqu'elles exercent les AP les moins réalisées fait en sorte que ces AP peuvent devenir le point d'entrée pour améliorer le degré de collaboration avec les IPS. Ainsi, en réalisant davantage les AP les moins réalisées, notamment l'éducation, le leadership organisationnel, le perfectionnement académique et la recherche, l'interaction entre les IPS et les IRE à l'intérieur comme à l'extérieur des milieux cliniques augmenterait. Ainsi, le degré de collaboration IRE-IPS s'accroîtrait, comme démontré par Moore et Prentice (2013).

En quatrième lieu, les résultats ont montré qu'il n'existe pas chez les IRE un potentiel de collaboration avec les IPS lorsqu'elles pratiquent des AP moyennement réalisées ($p = 0,906$) ou des AP les plus réalisées ($p = 0,758$). Il s'agit là également d'un résultat novateur, car à notre connaissance aucun écrit scientifique discutant de la collaboration IRE - IPS en a déjà fait allusion. Bien que ces résultats semblent facilement compréhensibles, il n'en demeure pas moins que les infirmières doivent collaborer en tout temps, quelles que soient les AP qu'elles réalisent, et peu importe s'il s'agit ou non

d'activités qu'elles font rarement. En effet, les études montrent clairement que la collaboration intra professionnelle infirmière dans toutes les AP est associée à la sécurité et à la qualité des soins (Al-Ajarmeh et al., 2021; Durmuş et al., 2018; Emich, 2018; Makary et al., 2007) ainsi qu'à la satisfaction de la clientèle (Ma et al., 2015; Uhrenfeldt & Hall, 2015; Ylitörmänen et al., 2019). De plus, il a été également démontré que cette même collaboration permet de développer les compétences des infirmières et de renforcer leur professionnalisme (Ylitörmänen et al., 2019). En somme, il paraît tout à fait logique pour les IRE de solliciter davantage les IPS qu'elles considèrent pour la majorité comme compétente lorsqu'elles doivent réaliser des AP pour lesquelles elles ne maîtrisent pas assez bien ou qu'elles font rarement. Mais, elles devraient davantage collaborer dans les AP qu'elles font plus souvent, soit les soins cliniques et de consultation afin d'offrir des soins plus sécuritaires et de qualité à la population.

Forces et limites

Cette étude quantitative réalisée au Québec comporte plusieurs forces. En effet, il s'agit d'une étude novatrice qui s'intéresse aux AP des IRE et de l'appréciation par les IRE de leur degré de collaboration avec les IPS. Considérant l'intégration progressive des IPS en régions éloignées et de l'absence des écrits sur ce sujet, il était important de combler cet écart identifié dans la littérature. De plus, cette étude qui s'appuie sur un cadre de référence intégrateur né de l'adaptation combinée des cadres de Kilpatrick et al. (2013, 2016) et de D'Amour (2002, 2008) a permis non seulement de renforcer les connaissances sur les AP des IRE, mais aussi de faire émerger quelques connaissances novatrices sur la

collaboration IRE – IPS en régions éloignées. L'utilisation de ce cadre combiné et intégrateur qui décrit assez bien la quasi-totalité des concepts de cette étude représente une force majeure. Une autre force de cette étude réside dans le fait qu'elle s'appuie sur des données secondaires qui avaient été collectées de septembre 2018 à février 2019 auprès de la quasi-totalité des IRE de la région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec. En effet, il s'agit d'une grande population d'IRE qui est assez représentative de l'ensemble des IRE en termes de sexe et de perception de la dynamique de collaboration IRE - IPS. Enfin, le fait d'avoir non seulement décrit les AP des IRE, mais aussi classer lesdites AP en fonction de leurs fréquences de réalisation constitue une force à souligner absolument.

Par ailleurs, quelques limites pourraient être soulevées dans cette étude. En effet, cette dernière s'appuie sur des données transversales et secondaires qui sont statiques dans le temps et qui ne donnent pas un portrait de la situation à long terme. Aussi, les données utilisées datent de presque quatre ans déjà. Il serait important d'actualiser lesdites données pour avoir un portrait plus proche de la réalité actuelle. Une autre limite réside dans la petite taille de l'échantillon. Un peu moins de la moitié des participants ont répondu aux sections du questionnaire portant sur les AP des IRE ($n = 60$) et sur la collaboration IRE – IPS ($n = 51$). Ainsi, avec une taille d'échantillon assez petite, il a été impossible de faire une modélisation en utilisant des analyses multivariées afin d'évaluer efficacement l'effet simultané des différentes AP sur le degré de collaboration IRE - IPS. Toutefois, l'analyse en composantes principales et l'utilisation du test non paramétrique de Mann-Whitney ont permis d'atténuer cette limite.

Implications pour la science infirmière

Pratique clinique.

Les résultats suggèrent la nécessité de faire comprendre aux infirmières qu'elles devraient collaborer en tout temps, même lorsqu'elles pratiquent des AP qu'elles réalisent assez fréquemment, soient les activités de consultations et de soins cliniques. En effet, la collaboration intra professionnelle ou interprofessionnelle est associée à de meilleurs résultats de soins. Cette amélioration de la collaboration pourrait être la conséquence de la mise en avant-plan de l'importance et de la complémentarité des différents AP de ces professionnels ainsi que de l'augmentation du temps d'interaction entre ces deux professionnels aussi bien en milieu clinique qu'à l'extérieur.

Formation.

Les concepteurs des programmes de formation d'IPS et d'autres infirmières pourraient s'inspirer des résultats de cette étude afin d'outiller davantage ces professionnelles sur la notion de collaboration intra professionnelle. En effet, eu égard à l'importance et aux bénéfices de cette collaboration, les programmes d'études pourraient être adaptés afin que ces autres infirmières, plus particulièrement celles qui sont appelées à travailler en RE, comprennent l'importance de collaborer même dans les AP qu'elles réalisent fréquemment. Ceci pourra sans doute permettre de répondre au défi de la complexité des soins infirmiers de plus en plus croissante dans ce milieu singulier.

Gestion.

Les résultats de cette étude pourraient fournir aux décideurs de la région d'*Eeyou Istchee* du Québec des informations probantes qui contribueraient à améliorer l'attraction, l'intégration et la rétention des IPS et des IRE dans cette région, et ce pour le bien de l'ensemble de la population. En effet, grâce à ces informations, la collaboration entre les IRE et les IPS pourra être renforcée, les insuffisances pourront être améliorées, et l'environnement de travail pourra davantage être sain et attrayant. Aussi, les résultats de cette étude pourraient permettre aux gestionnaires ou aux décideurs de mieux mettre en œuvre les IPS dans le réseau de la santé en général, plus particulièrement dans l'ensemble des RE, et ce dans le but de favoriser ultimement une meilleure prise en charge des patients dans leurs globalités.

Recherche.

L'analyse des données de cette recherche a permis de mettre en évidence quelques pistes de réflexion de recherches futures. En effet, la majorité des participantes (58,8%) ont affirmé n'avoir jamais collaboré avec une IPS. La raison probable était le déploiement assez récent des IPS dans la région d'exercice de ces participantes. De nouvelles recherches pourraient être menées dans un futur proche afin de préciser davantage cette problématique et accroître les connaissances sur ce sujet. Aussi, des recherches futures pourraient s'inspirer de la présente afin de démontrer comment une relation de

collaboration IPS - infirmière affecte les résultats de soins des patients au Québec. Par exemple, une étude utilisant des scores de satisfaction des patients comme moyen de déterminer l'efficacité de cette collaboration pourrait être intéressante. Ainsi, la collaboration inclurait, par exemple, le suivi des patients en fonction de leurs objectifs de soins dans le but d'atteindre des degrés de satisfaction des patients plus élevés. Un autre objectif de recherche future possible pourrait être le même présent dans cette étude, mais en considérant une plus large population, un autre instrument de mesure de la collaboration IRE – IPS déjà validé, et en faisant usage de l'analyse multivariée.

Conclusion

L'intégration des IPS au Québec, en général et dans les régions éloignées en particulier, paraît de plus en plus pertinente. En effet, il a été démontré que cette intégration pourrait améliorer non seulement l'accessibilité aux soins de santé, mais aussi la qualité et la sécurité des soins (Chouinard et al., 2017; Kilpatrick et al., 2019; Kilpatrick et al., 2016; Kilpatrick et al., 2020; Poghosyan et al., 2017; Sangster-Gormley et al., 2011; Tchouaket et al., 2020). La collaboration intra professionnelle infirmière - IPS pourrait représenter un facteur important à prendre en compte dans ladite intégration (Kilpatrick et al., 2019). Cette étude avait pour but justement d'examiner l'appréciation que les IRE font de leur degré de collaboration avec les IPS au Québec, plus particulièrement à cause entre autres, de leur rôle élargi et du manque criant du personnel soignant comparativement aux régions non éloignées. De façon plus spécifique, il était d'abord question de décrire les AP des IRE et ensuite d'examiner l'influence de ces AP sur le degré de collaboration entre les IRE et les IPS en régions éloignées.

Cette étude non expérimentale de type descriptif corrélationnel a été réalisée avec un cadre de référence intégrateur né de l'adaptation combinée des cadres de référence de Kilpatrick et al. (2013, 2016) et de D'Amour (D'Amour et al., 2008; D'Amour, 2002). Des données quantitatives avaient été collectées auprès de 123 infirmières et infirmières gestionnaires exerçant dans les structures sanitaires de la région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec grâce à un questionnaire en ligne. Les résultats de cette étude mettent en lumière le fait que quatre des AP de l'IRE sont moins réalisées (éducation, recherche, leadership organisationnel, et perfectionnement académique). Ces résultats montrent également qu'il existe chez les IRE un potentiel de collaboration avec les IPS uniquement

lorsqu'elles pratiquent ces quatre activités. De plus, si la littérature concernant la collaboration intra professionnelle infirmière - infirmière (IPS exclue) est abondante, l'étude dans le contexte précis de l'influence des AP de l'IRE sur la collaboration entre les IRE et les IPS est novatrice. Ces différents résultats ont permis d'identifier des recommandations dans plusieurs axes de la discipline infirmière. À titre d'exemple, les gestionnaires du réseau de la santé pourraient s'inspirer de ces résultats afin d'augmenter significativement le degré de collaboration IRE – IPS. Ceci passe par exemple par la création d'un contexte favorable à la collaboration ou par la sensibilisation accrue des IRE afin qu'elles puissent travailler en collaboration avec les IPS, même lorsqu'elles réalisent des activités qu'elles font fréquemment (soins cliniques, consultations). Ceci permettra sans doute une augmentation du degré de collaboration chez les IRE, et donc de meilleurs soins et une satisfaction pour la clientèle. Aussi, des recommandations vont dans le sens d'adapter les programmes de formation de soins infirmiers afin que les étudiants soient formés non seulement au rôle élargi, mais aussi à la collaboration intra professionnelle. Si des recherches futures sont nécessaires avec un plus large participant ayant déjà collaboré avec des IPS, cette étude a le mérite d'avoir débuté une réflexion dans cette région d'*Eeyou Istchee* du Nord-du-Québec.

Références

- Al-Ajarmeh, D. O., Rayan, A. H., Eshah, N. F., & Al-Hamdan, Z. M. (2021). Nurse–nurse collaboration and performance among nurses in intensive care units. *Nursing in Critical Care*, 27(6). <https://doi.org/10.1111/nicc.12745>
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2022). *Infirmières et Infirmiers cliniciens spécialisés*. <https://www.cna-aiic.ca/fr/soins-infirmiers/pratique-infirmiere-avancee/infirmiere-et-infirmier-clinicien-specialise>
- Association des Infirmières Praticiennes Spécialisées du Québec. (2022). *Qu'est qu'une IPS?* <https://aipsq.com/infirmieres-praticiennes-specialisees/qu-est-ce-qu-une-ips>
- Barrios Quinta, A. M., Morilla Romero de la Osa, R., & Bueno Ferrán, M. (2022). Reducing health inequalities among most disadvantaged type 2 diabetes patients: A cross-sectional exploratory pilot study. *Journal of Nursing Scholarship*, 54(6), 668-677. <https://doi.org/10.1111/jnu.12781>
- Canadian Association for Rural and Remote Nursing. (2008). *Rural and remote nursing practice parameters: Discussion document*. <http://www.carrn.com/files/NursingPracticeParametersJanuary08.pdf>
- Canadian Nurses Association. (2014). *Pan-Canadian Core Competencies for the Clinical Nurse Specialist*. https://cna-aiic.ca/~media/cna/files/en/clinical_nurse_specialists_convention_handout_e.pdf
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. (2022). *Les principes de PCAP® des Premières Nations*. <https://fnigc.ca/fr/les-principes-de-pcap-des-premieres-nations/>
- Chiarella, M., Currie, J., & Wand, T. (2020). Liability and collaborative arrangements for nurse practitioner practice in Australia. *Australian Health Review*, 44(2), 172-177. <https://doi.org/10.1071/AH19072>
- Chouinard, V., Contandriopoulos, D., Perroux, M., & Larouche, C. (2017). Supporting nurse practitioners practice in primary healthcare settings: a three-level qualitative model. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2363-4>

- College des médecins du Québec. (2022). *Répartition des médecins selon la région administrative*. <http://www.cmq.org/statistiques/region.aspx?Lang=fr&an=2021>
- Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James. (2017). *Services de santé et services sociaux: défis et enjeux de leur organisation pour une offre adaptée aux besoins de la clientèle des-Terres-Cries-de-la-Baie-James*. https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_depotes_a_l_a_Commission/P-017.pdf
- Couturier, K. (2019). *L'influence des groupes de pratique réflexive sur la perception de compétence en soins palliatifs des infirmières en centre d'hébergement et de soins de longue durée* [mémoire, Université du Québec en Outaouais]. Dépôt institutionnel de l'UQO. https://di.uqo.ca/id/eprint/1123/1/Couturier_Karine_2019_m%C3%A9moire.pdf
- Crosson, J. J. (2020). Physician and Nurse Practitioner Teamwork Sustains the Primary Care Workforce. *Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 990-991. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-05661-0>
- D'Amour, D., Ferrada-Videla, M., San Martin Rodriguez, L., & Beaulieu, M.-D. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, 19(Supplement 1/May 2005), 116-131.
- D'Amour, D., Goulet, L., Labadie, J.-F., Martín-Rodriguez, L. S., & Pineault, R. (2008). A model and typology of collaboration between professionals in healthcare organizations. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-188>
- D'Amour, D. (2002). La collaboration professionnelle : Un choix obligé. Dans O. Goulet et C. Dallaire (dir.), *Les soins infirmiers. Vers de nouvelles perspectives* (p. 339-363). Gaétan Morin Éditeur.
- DiCenso, A., Martin-Misener, R., Bryant-Lukosius, D., Bourgeault, I., Kilpatrick, K., Donald, F., Kaasalainen, S., Harbman, P., Carter, N., Kioke, S., Abelson, J., McKinlay, R. J., Pasic, D., Wasyluk, B., Vohra, J., & Charbonneau-Smith, R. (2010). Advanced practice nursing in Canada: overview of a decision support synthesis. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 23 Spec No 2010, 15-34. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22267>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 83(4), 691-729.

- Donelan, K., DesRoches, C. M., Guzikowski, S., Dittus, R. S., & Buerhaus, P. (2020). Physician and nurse practitioner roles in emergency, trauma, critical, and intensive care. *Nursing Outlook*, 68(5), 591-600. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.04.010>
- Dougherty, M. B., & Larson, E. L. (2010). The nurse-nurse collaboration scale. *The Journal of nursing administration*, 40(1), 17-25. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181c47cd6>
- Duddle, M., & Boughton, M. (2007). Intraprofessional relations in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 59(1), 29-37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04302.x>
- Durmuş, S., Ekici, D., & Yildirim, A. (2018). The level of collaboration amongst nurses in Turkey. *International nursing review*, 65(3), 450-458. <https://doi.org/10.1111/inr.12440>
- Emich, C. (2018). Conceptualizing collaboration in nursing. *Nursing Forum*, 53(4), 567-573. <https://doi.org/10.1111/nuf.12287>
- Feringa, M., De Swardt, H., & Havenga, Y. (2018). Registered nurses' knowledge, attitude, practice and regulation regarding their scope of practice: A literature review. *International journal of Africa nursing sciences*, 8, 87-97.
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière éducation. <https://books.google.ca/books?id=IRcsjwEACAAJ>
- Fournier, C., Blanchet Garneau, A., & Pepin, J. (2021). Understanding the expanded nursing role in indigenous communities: A qualitative study. *Journal of nursing management*, 29(8), 2489-2498. <https://doi.org/10.1111/jonm.13349>
- Gagnon, M.-P., Breton, E., Paré, G., Courcy, F., Côté, J., Trépanier, A. I., & Fortin, J.-P. (2013). L'influence des technologies de l'information et des communications sur le maintien en poste des infirmières. *Santé Publique*, 25(3), 305. <https://doi.org/10.3917/spub.253.0305>
- Greenberg, S. A., Adams, J., Oh, S., Altshuler, L., Squires, A., Blachman, N., & Cortes, T. (2016). EVALUATING NURSE PRACTITIONERS AND PHYSICIANS IN INTERPROFESSIONAL PRIMARY CARE OF OLDER ADULTS. *The Gerontologist*, 56(Suppl3), 307-307. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw162.1251>
- Gysin, S., Sottas, B., Odermatt, M., & Essig, S. (2019). Advanced practice nurses' and general practitioners' first experiences with introducing the advanced practice

- nurse role to Swiss primary care: a qualitative study. *BMC family practice*, 20(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12875-019-1055-z>
- Hamric, A. B., Tracy, M. F., & O'Grady, E. T. (2019). *Hamric and Hanson's advanced practice nursing : an integrative approach* (Edition 6. ed.). Elsevier.
- Henneman, E. A., Lee, J. L., & Cohen, J. I. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 103.
- Institut de la statistique du Québec. (2022). *Principaux indicateurs sur le Québec et ses régions*. <https://statistique.quebec.ca/fr/vitrine/region>
- Kilpatrick, K., DiCenso, A., Bryant-Lukosius, D., Ritchie, J. A., Martin-Misener, R., & Carter, N. (2013). Practice patterns and perceived impact of clinical nurse specialist roles in Canada: Results of a national survey. *International Journal of Nursing Studies*, 50(11), 1524-1536. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.03.005>
- Kilpatrick, K., Jabbour, M., Tchouaket, E. r., Acorn, M., Donald, F., & Hains, S. (2019). Implementing primary healthcare nurse practitioners in long-term care teams: A qualitative descriptive study. *Journal of Advanced Nursing*, 75(6), 1306-1315. <https://doi.org/10.1111/jan.13962>
- Kilpatrick, K., Tchouaket, E., Carter, N., Bryant-Lukosius, D., & DiCenso, A. (2016). Structural and Process Factors That Influence Clinical Nurse Specialist Role Implementation. *Clinical nurse specialist CNS*, 30(2), 89-100. <https://doi.org/10.1097/NUR.0000000000000182>
- Kilpatrick, K., Tchouaket, É., Jabbour, M., & Hains, S. (2020). A mixed methods quality improvement study to implement nurse practitioner roles and improve care for residents in long-term care facilities. *BMC Nursing*, 19(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0395-2>
- Kosteniuk, J. G., Wilson, E. C., Penz, K. L., MacLeod, M. L. P., Stewart, N. J., Kulig, J. C., Karunanayake, C. P., & Kilpatrick, K. (2016). Development and psychometric evaluation of the Primary Health Care Engagement (PHCE) Scale: a pilot survey of rural and remote nurses. *Primary Health Care Research & Development*, 17(1), 72-86. <https://doi.org/10.1017/S1463423615000158>
- Kulig, J., Kilpatrick, K., Moffitt, P., & Zimmer, L. (2013). *Rural and Remote Nursing Practice: An Updated Documentary Analysis*. Lethbridge: University of Lethbridge. https://nwtresearch.com/sites/default/files/unbc_uda_report_final_lr.pdf

- Kwang Chien, Y. E. E., Bettiol, S., Nash, R., Macintyrne, K., Ming Chao, W., & NØHr, C. (2018). How Can Information and Communication Technology Improve Healthcare Inequalities and Healthcare Inequity? The Concept of Context Driven Care...Building Continents of Knowledge in the Oceans of Data: The Future of Co-Created e Health EFMI. Medical Informatics Europe (MIE) April 24-26, 2018 Gothenburg, Sweden. *Studies in Health Technology & Informatics*, 247, 591-595. <https://doi.org/10.3233/978-1-61499-852-5-591>
- Lamont, S., Brunero, S., Lyons, S., Foster, K., & Perry, L. (2015). Collaboration amongst clinical nursing leadership teams: a mixed-methods sequential explanatory study. *Journal of nursing management*, 23(8), 1126-1136. <https://doi.org/10.1111/jonm.12267>
- Landry, V., Lysane, P., Jabbour, M., Beaulieu, M.-D., Dubois, C.-A., Tchouaket, E., & Gauthier, N. (2020). L'étendue du rôle de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne dans différents milieux de pratique au Québec : une étude de temps et mouvements. *Science of Nursing and Health Practices - Science infirmière et pratiques en santé*, 3. <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1069>
- Lazure, G. (2002). *La nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec*. <https://www.unbc.ca/sites/default/files/sections/rural-nursing/en/19-lazure2002report.pdf>
- Lessard, L. (2005). *La collaboration interdisciplinaire en région isolée : le cas de la région Terres-Cries-de-la-Baie-James* [Mémoire de maîtrise, Université Laval]. <https://www.santecom.qc.ca/bibliothequevirtuelle/hyperion/i9780494147313.pdf>
- Ma, C., Shang, J., & Bott, M. J. (2015). Linking Unit Collaboration and Nursing Leadership to Nurse Outcomes and Quality of Care. *J Nurs Adm*, 45(9), 435-442. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000229>
- Macleod, M., Kulig, J., Stewart, N., Pitblado, J. R., & Knock, M. (2004). The nature of nursing practice in rural and remote Canada. *The Canadian nurse*, 100(6), 27.
- MacLeod, M., Stewart, N., & Kulig, J. (2018). *Nursing Practice in Rural and Remote Canada II*. <https://www.unbc.ca/sites/default/files/sections/rural-nursing/en/rriirnfinalreportupdated20180202.pdf>
- MacLeod, M. L. P., Stewart, N. J., Kosteniuk, J. G., Penz, K. L., Olynick, J., Karunanayake, C. P., Kilpatrick, K., Kulig, J. C., Martin-Misener, R., Koren, I., Zimmer, L. V., Pelt, L. V., & Garraway, L. (2019). Rural and Remote Registered Nurses' Perceptions of Working Beyond Their Legislated Scope of Practice. *Nurs Leadersh (Tor Ont)*, 32(1), 20-29. <https://doi.org/10.12927/cjnl.2019.25851>

- Makary, M. A., Mukherjee, A., Sexton, J. B., Syin, D., Goodrich, E., Hartmann, E., Rowen, L., Behrens, D. C., Marohn, M., & Pronovost, P. J. (2007). Operating room briefings and wrong-site surgery. *J Am Coll Surg*, 204(2), 236-243. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2006.10.018>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2019). *Plan stratégique 2019-2023*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022a). *2000 infirmières praticiennes spécialisées d'ici 2024-2025 pour donner des soins de santé*. <http://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1288/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022b). *Orientations et organisation du réseau. Enjeux*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/soins-et-services/guide-urgences-orientations-et-organisation-du-reseau/enjeux/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2022c). *Vers un nouvel hôpital à Chisasibi*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-1933/>
- Moore, J., & Prentice, D. (2013). Collaboration among nurse practitioners and registered nurses in outpatient oncology settings in Canada. *Journal of Advanced Nursing*, 69(7), 1574.
- Moore, J., & Prentice, D. (2015). Oncology nurses' experience of collaboration: A case study. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(5), 509-515. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.02.011>
- Moore, J., Prentice, D., Crawford, J., Lankshear, S., Limoges, J., & Rhodes, K. (2019). Collaboration among registered nurses and practical nurses in acute care hospitals: A scoping review. *Nursing Forum*, 54(3), 376-385. <https://doi.org/10.1111/nuf.12339>
- Muirhead, S., & Birks, M. (2019). Roles of rural and remote registered nurses in Australia: an integrative review. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 37(1), 21-33.
- Muirhead, S., & Birks, M. (2020). Roles of rural and remote registered nurses in Australia: An integrative review. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 37(1), 21-33.

- Norful, A. A., de Jacq, K., Carlino, R., & Poghosyan, L. (2018). Nurse Practitioner–Physician Comanagement: A Theoretical Model to Alleviate Primary Care Strain. *The Annals of Family Medicine*, 16(3), 250. <https://doi.org/10.1370/afm.2230>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2004). *La reconnaissance de la pratique infirmière en région éloignée - Mémoire du comité consultatif sur la reconnaissance de la spécificité de la pratique infirmière en région éloignée et prise de position de l'OIIF*. <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1564563>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2021). *Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec*. https://www.oiiq.org/documents/20147/11892088/Rapport_statistique_2020-2021.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2022a). *Champ d'exercice et activités réservées à la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2022b). *La Loi 90, déterminante dans l'évolution de la profession infirmière*. <https://www.oiiq.org/la-loi-90-determinante-dans-l-evolution-de-la-profession-infirmiere>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2022c). *Pratique professionnelle. Infirmière Praticienne Spécialisée (IPS)*. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/ips>
- Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec. (2022d). *Pratique professionnelle. Rôle des infirmières praticiennes spécialisées*. <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/pratique-avancee/ips/role>
- Poghosyan, L., Ghaffari, A., Liu, J., & Friedberg, M. W. (2020). Physician-Nurse Practitioner Teamwork in Primary Care Practices in New York: A Cross-Sectional Survey. *JGIM: Journal of General Internal Medicine*, 35(4), 1021-1028. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05509-2>
- Poghosyan, L., Liu, J., & Norful, A. A. (2017). Nurse practitioners as primary care providers with their own patient panels and organizational structures: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 74, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.004>
- Polit, D. F. (2010). *Statistics and data analysis for nursing research* (2nd ed.). Pearson.

- Roots, A., & Macdonald, M. (2014). Outcomes associated with nurse practitioners in collaborative practice with general practitioners in rural settings in Canada: a mixed methods study. *Human Resources for Health*, 12(1), 69. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-12-69>
- Sangster-Gormley, E., Martin-Misener, R., Downe-Wamboldt, B., & Dicenso, A. (2011). Factors affecting nurse practitioner role implementation in Canadian practice settings: an integrative review. In (Vol. 67, pp. 1178-1190). Oxford, UK.
- Schadewaldt, V., McInnes, E., Hiller, J. E., & Gardner, A. (2016). Experiences of nurse practitioners and medical practitioners working in collaborative practice models in primary healthcare in Australia - a multiple case study using mixed methods. *BMC family practice*, 17(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12875-016-0503-2>
- Shahnaz, A., Qamar, U., & Khalid, A. (2019). Using Blockchain for Electronic Health Records. *IEEE Access*, 7, 147782-147795. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2019.2946373>
- St-Pierre, C., Roussel, J., Lepage, M., & Tchouaket, E. (2013). Efficacité d'une formation pour modifier les comportements de caring chez les infirmières en soins de longue durée. *L'infirmière clinicienne*, 10(1), 62-69.
- Stafford, J., Bodson, P., & Stafford, M.-C. (2006). *L'analyse multivariée avec SPSS*. Presses de l'Université du Québec.
- Tchouaket, E., Kilpatrick, K., & Jabbour, M. (2020). Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, 68(5), 611-625. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.06.002>
- Uhrenfeldt, L., & Hall, E. O. (2015). Job satisfaction as a matter of time, team, and trust: A qualitative study of hospital nurses' experiences. *Journal of Nursing Education and Practice*, 5(2), 1.
- Van der Biezen, M., Wensing, M., Poghosyan, L., Van der Burgt, R., & Laurant, M. (2017). Collaboration in teams with nurse practitioners and general practitioners during out-of-hours and implications for patient care a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2548-x>
- White, D. (2013). Development of a rural health framework: implications for program service planning and delivery. *Healthc Policy*, 8(3), 27-41.
- World Health Organization. (2022). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1

- Ylitörmänen, T., Kvist, T., & Turunen, H. (2019). Perceptions on nurse–nurse collaboration among registered nurses in Finland and Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(3), 731-740. <https://doi.org/10.1111/scs.12669>
- Ylitörmänen, T., Turunen, H., Mikkonen, S., & Kvist, T. (2019). Good nurse–nurse collaboration implies high job satisfaction: A structural equation modelling approach. *Nursing Open*, 6(3), 998-1005. <https://doi.org/10.1002/nop2.279>

Appendice A. Certificat éthique



Le 18 janvier 2021

Jean Eric Defo Kadje
Étudiant, Université du Québec en Outaouais

Directeurs de recherche :
Drissa Sia et Eric Tchouaket Nguemeleu, professeurs
Université du Québec en Outaouais

Projet # 2021-1537 - defj01

**Titre : APPRÉCIATION DES INFIRMIÈRES SUR LEUR COLLABORATION AVEC
LES INFIRMIÈRES PRATICIENNES SPÉCIALISÉES : CAS DES INFIRMIÈRES EN
RÉGIONS ÉLOIGNÉES DU QUÉBEC**

M. Defo Kadje,

Après évaluation de votre formulaire soumis pour le projet mentionné en objet, le CER de l'UQO confirme que celui-ci ne nécessite pas d'évaluation éthique.

Nous vous rappelons toutefois qu'en cas de changement au projet qui aurait un impact sur les aspects éthiques de la recherche auprès d'êtres humains, il est de votre responsabilité d'en informer le CER de l'UQO et d'obtenir son approbation **AVANT** de débiter toute collecte et/ou consultation de documents et/ou banques de données impliquant des sujets humains.

Merci.

Caroline Tardif
Attachée d'administration, CÉR
pour André Durivage, Président du CÉR

Appendice B. Courriel de recrutement



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σDd>° b> ΔΓΔ ·ΔΔ° Δαα bΓC·bσD<°
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

TO: all nurses in CBHSSJB

FROM: Department of Professional Services and Quality Insurance (DPSQA)-Nursing

DATE: 2017-04-20

SUBJECT: RESEARCH ON NURSES ROLE IN REMOTE REGION

In the past few years, the region employ nurses whom after training, practice an extended role in the Community Miyupimaatisiun Centers (CMC). Originally present in the nine Cree communities of James Bay, the Chisasibi community no longer has this category of professionals. Discussions on the subject were revived at the start of the clinical plan for the construction of a new health center in Chisasibi. In order to have an overview of the situation and to help us better inform the debate and decision-making in this project of the new health center, the DPSQA-nursing, in collaboration with the Université du Québec en Outaouais (UQO), wish to conduct a study on the deployment of the role of nurses working in remote regions of Quebec. The purpose of this study is to analyze the practice of nurses with and without an expanded role in the James Bay Cree Lands. More specifically, it will describe the current practice of nurses working in the health region 18 of Quebec

The study project will be divided into two parts, the first comprising a questionnaire via a monkey survey. It is hoped that the entire CBHSSJB nurse and management nurses will fill this part. Thereafter, we will recruit nurses (some with and others without an expanded role) and managers for one-on-one interviews to better understand and describe the current practice of nurses in remote regions.

You are invited to participate in large number. Your collaboration in this project will help us better understand the role of nurses in remote regions of Quebec and the impact of the expanded role on access to care and the continuity of services in our communities.

Director of Nursing

Michelle Gray

Nursing Department of UQO

Drissa Sia, Phd

Appendice C. Formulaire de consentement



Case postale 1250, succursale HULL, Gatineau (Québec) J8X 3X7
www.uqo.ca/ethique
Comité d'éthique de la recherche

Formulaire de consentement

Le déploiement du rôle des infirmières qui travaillent en régions éloignées : le cas de la région d'Eeyou Istchee au Nord du Québec

Drissa Sia, PhD – département des sciences infirmières

Nous sollicitons par la présente votre participation au projet de recherche en titre, qui vise à mieux comprendre le déploiement du rôle des infirmières qui travaillent en région éloignée du Québec, notamment de celles qui travaillent dans la région sociosanitaire 18 du Québec. Ce projet est subventionné par un fonds institutionnel de recherche (démarrage) de l'Université du Québec en Outaouais (UQO), et a reçu l'approbation du Comité d'éthique de la recherche de l'UQO.

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche de nature qualitative consistant à recueillir de l'information au sein de votre organisation, à l'aide d'entrevues individuelles semi-structurées menées auprès d'infirmières et de gestionnaires et qui permettra de mieux comprendre et de décrire la pratique actuelle des infirmières qui travaillent dans votre institution. Cela se fera grâce à l'analyse des perceptions des infirmières et des gestionnaires par rapport au déploiement du rôle des infirmières dans le cadre de leur pratique professionnelle.

Votre participation consistera à répondre aux différentes questions formulées lors d'une entrevue. Cette entrevue aura une durée de 60 minutes environ et aura lieu à un endroit décidé à l'avance permettant l'utilisation du téléphone ou d'avoir accès à la visioconférence et d'assurer la confidentialité des propos. L'entrevue sera enregistrée sur support audio numérique ou visio selon les cas pour nous aider dans notre travail de recherche.

Durant votre participation à ce projet, le chercheur principal recueillera et consignera dans un dossier de recherche les renseignements vous concernant. Seuls les renseignements nécessaires pour répondre aux objectifs scientifiques de ce projet seront recueillis. Votre dossier comprendra les données relatives à l'entrevue mais peut aussi comprendre d'autres renseignements tels que votre nom, votre sexe, et votre âge. La confidentialité des données recueillies dans le cadre de ce projet de recherche sera assurée conformément aux lois et règlements applicables dans la province de Québec et aux règlements et politiques de l'Université du Québec en Outaouais¹. Tant les données recueillies que les résultats de la recherche ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements, vous ne serez identifié que par un nom fictif. La clé du code reliant votre nom fictif à votre dossier de recherche sera conservée par le chercheur principal.

Conformément à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, vous avez le droit de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis, et les faire rectifier au besoin, et ce, aussi longtemps que le chercheur principal du projet détient ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, vous pourriez n'avoir accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation terminée.

¹ Notamment à des fins de contrôle, et de vérification, vos données de recherche pourraient être consultées par le personnel autorisé de l'UQO, conformément au Règlement relatif à l'utilisation des ressources informatiques et des télécommunications

À moins que vous ne consentiez à une utilisation secondaire tel que plus amplement décrit plus loin, les données recueillies ne seront utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent formulaire de consentement.

Les résultats issus de cette recherche pourront être publiés dans des revues spécialisées, dans des conférences nationales ou internationales, ou encore faire l'objet de discussions scientifiques, mais il ne sera pas possible de vous identifier. Les données seront conservées sous clé pendant 5 ans au bureau du chercheur principal à l'UQO, et seuls lui, et l'assistant de recherche pourront y avoir accès. Au terme de ces cinq années, les données consignées à votre dossier seront détruites par effacement irréversible de même que les données audio.

Votre participation à ce projet de recherche se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice ni perte de droit. **Par ailleurs, votre refus de participer n'entraînera aucun inconvénient sur le plan professionnel.** Aucun inconvénient ou risque pour la santé des participants ou l'organisation que vous représentez ne peut être envisagé actuellement. Le chercheur s'engage, le cas échéant, à mettre en œuvre les moyens nécessaires pour les réduire ou les pallier. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet du déploiement du rôle des infirmières en région éloignée est le bénéfice direct anticipé. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec le chercheur principal dont voici les coordonnées :

Drissa Sia, professeur
Département des sciences infirmières
Université du Québec en Outaouais (UQO), Campus de Saint-Jérôme
5, rue Saint-Joseph, bureau J-3226
Saint-Jérôme, (Québec) Canada J7Z 0B7
Téléphone: 450 530-7616, poste 4055
Courriel : drissa.sia@uqo.ca

Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, veuillez communiquer avec le président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais, dont voici les coordonnées :

André Durivage, professeur
Département des sciences administratives
101, rue Saint-Jean-Bosco, pièce A-2226
C.P. 1250, Succursale Hull
Gatineau, (Québec) Canada J8X 3X7
Téléphone: 819 595-3900, poste 1781
Courriel : Andre.Durivage@uqo.ca

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps du projet de recherche sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement du projet de recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Consentement à participer au projet de recherche :

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Utilisation secondaire des données recueillies

Avec votre permission, nous aimerions pouvoir conserver les données recueillies à la fin du présent projet pour d'autres activités de recherche dans les domaines suivant : santé publique (administration de la santé), sous la responsabilité de Drissa Sia pour lequel vous êtes aujourd'hui invité à participer. Afin de préserver vos données personnelles et votre identité, les données seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il ne sera plus possible à quiconque de pouvoir les relier à votre identité. Nous nous engageons à respecter les mêmes règles d'éthique que pour le présent projet.

Il n'est pas nécessaire de consentir à ce volet pour participer au présent projet de recherche. Si vous acceptez, vos données seront conservées pour une période de 5 ans après la fin du présent projet et ensuite détruites.

Consentement à une utilisation secondaire :

- J'accepte que mes données soient conservées pour une utilisation secondaire dans le domaine suivant : santé publique (administration de la santé) sous la responsabilité de Drissa Sia.
- Je refuse une utilisation secondaire des données que je vais fournir.

Nom du participant : _____ Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____ Signature du chercheur : _____

Date : _____

Appendice D. Questionnaire

SECTION I – CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DE L'INFIRMIÈRE

Je ferai une section socio démographique pour tout le monde sans distinction entre une infirmière sans rôle élargi et une avec rôle élargi.

Cette section porte sur vos antécédents de travail et sur vous.

1. En quelle année avez-vous obtenu votre permis de pratique d'infirmière? _____

2. Quel âge (en années) avez-vous?

₁ 20 à 24 ans ₄ 35 à 39 ans ₇ 50 à 54 ans ₁₀ 65 ans et +

₂ 25 à 29 ans ₅ 40 à 44 ans ₈ 55 à 59 ans

₃ 30 à 34 ans ₆ 45 à 49 ans ₉ 60 à 64 ans

3. De quel sexe êtes-vous?

₁ Femme

₂ Homme

4. Depuis quelle année habitez-vous dans la province ou territoire du Canada où vous résidez aujourd'hui? _____

5a. Avez vous déménagé d'une autre province vers celle dans laquelle vous résidez actuellement

Oui ₁

Non ₂

5b. Si oui à 5a, quels facteurs ont influencé votre décision de déménager dans cette province ou territoire? (*Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.*)

₁ Considérations salariales ₆ Changement personnel (p. ex. : changement

₂ Amélioration de l'horaire de travail d'état civil)

₃ Retour aux études ₇ Pas d'emploi d'IRE disponible dans ma région

₄ Considérations familiales (p. ex. : parents âgés) ₈ Nouvelle possibilité d'avancement

₅ Facteur relié au conjoint (p. ex. : mutation) ₉ Autre (*précisez*) _____

SECTION II – SITUATION RELATIVE À L'EMPLOI

Nous sommes intéressés à savoir si vous occupez actuellement un emploi d'infirmière. Peu importe si vous travaillez ou non à titre d'IRE, il est très important que vous remplissiez cette Section du questionnaire.

6. Travaillez vous actuellement comme IRE dans une province ou un territoire du Canada?

- ₁ Non ₂ Oui (Si oui, passez à la question 9)

7. Si non à 6, avez-vous déjà occupé un emploi d'IRE?

- ₁ Non (Si non, passez à la prochaine Section) ₂ Oui (Si oui, passez à la question 8.)

8. Si Oui à 7, Quels sont les facteurs ayant motivé votre décision de travailler actuellement dans un établissement où vous n'exercez pas un rôle élargi? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ₁ pas de gardes ₁₀ Ne peut pas développer toutes les dimensions
₂ du rôle d'IRE
₃ Pas d'emploi disponible à titre d'IRE ₁₁ Poste IRE aboli en raison de contraintes
₄ Horaire de travail imprévisible budgétaires
₅ Facteurs liés au conjoint ₁₂ Manque de compréhension du rôle d'IRE
 (p. ex., pas d'emploi disponible pour conjoint) dans l'organisation
₆ Éloignement de la maison ₁₃ Relation avec les autres professionnels de la
₇ Trop de responsabilités santé difficile
₈ Charge de travail (veuillez décrire) _____ ₁₄ Manque de support du rôle d'IRE par le
₉ N'aimais pas la description de rôle d'IRE gestionnaire
₁₅ Souhait de travailler en milieu hospitalier ₁₆ Autre (veuillez décrire)

9. Pendant combien d'années en tout occupez-vous/avez-vous occupé un emploi d'IRE?

_____ ans

10. Veuillez indiquer la ou les province (s) ou territoire (s) du Canada dans la (les) quelles vous avez travaillé ou travaillez comme IRE (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ₁ Colombie-Britannique ₆ Québec ₁₁ Yukon
₂ Alberta ₇ Nouveau Brunswick ₁₂ Territoires du Nord-Ouest

- ₃ Saskatchewan ₈ Nouvelle-Écosse ₁₃ Nunavut
₄ Manitoba ₉ Terre-Neuve et Labrador ₁₄ Autre _____(précisez)
₅ Ontario ₁₀ Île-du-Prince-Édouard le pays)

11. Votre employeur dispose ou disposait-il d'une description de tâche écrite portant spécifiquement sur votre rôle d'IRE? (Cochez une seule réponse.)

- ₁ Non ₂ Oui ₃ Je ne suis pas certaine.

12. Dans quelle mesure le rôle élargi est-il ou était-il compris par votre employeur? (Cochez une seule réponse.)

- ₁ Ne le comprend pas du tout ₂ Le comprend mal ₃ Le comprend un peu ₄ Le comprend bien

13. De façon générale, dans quelle mesure les patients de votre pratique clinique comprennent-ils le rôle que vous assumez en tant qu'IRE?

- ₁ Ne le comprennent pas du tout ₂ Le comprennent mal ₃ Le comprennent un peu ₄ Le comprennent bien

14. Votre rôle d'IRE a-t-il ou avait-il été développé d'après un modèle particulier de pratique infirmière avancée ou à partir d'un cadre conceptuel?

- ₁ Non ₂ Oui (Si oui, veuillez répondre à la sous-question b.) ₃ Je ne sais pas

b. Veuillez décrire le cadre utilisé pour développer votre rôle d'IRE.

15. N'hésitez pas à nous faire part de tout autre commentaire que vous désirez ajouter au sujet de votre rôle d'IRE.

SECTION III – CARACTÉRISTIQUES DE L'INFIRMIÈRE

Cette section porte sur vos études.

16. Quel est votre niveau de scolarité? (Cochez tous les programmes que vous avez **TERMINÉS.**)

- ₁ Diplôme d'Études collégiales en soins infirmières ₈ Programme de certificat spécialisé _____ (précisez)
- ₂ Baccalauréat en sciences infirmières ₉ Infirmière praticienne: néonatalogie, néphrologie ou cardiologie
- ₃ Baccalauréat (autre qu'en sciences infirmières)
- ₄ Maîtrise en sciences infirmières ₁₀ Infirmière praticienne: services de première ligne/famille, tous âges
- ₅ Maîtrise en _____ (précisez)
- ₆ Doctorat en pratique infirmière (DPI) ₁₁ Santé communautaire
- ₇ Doctorat en _____ (précisez) ₁₂ Autre : _____ (précisez)

17a. Êtes-vous actuellement inscrite à un programme d'études? (Cochez une seule réponse.)

- ₁ Non ₂ Oui (Si oui, passez à la sous-question b.)

17b) Si oui, à quel type de programme d'études êtes-vous actuellement inscrite? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ₁ Baccalauréat en sciences infirmières ₇ Programme de certificat spécialisé _____ (précisez)
- ₂ Baccalauréat (autre qu'en sc. infirmières) ₈ Infirmière praticienne : adultes, pédiatrique, néonatalogie, néphrologie ou cardiologie
- ₃ Maîtrise en sciences infirmières
- ₄ Maîtrise en _____ (précisez) ₉ Infirmière praticienne : services de première ligne/ famille, tous âges
- ₅ Doctorat pratique infirmière (DPI)
- ₆ Doctorat en _____ (précisez) ₁₀ Santé communautaire
- ₁₁ Autre : _____ (précisez)

18. Quel est votre principal domaine de spécialité? (Cochez une seule réponse.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Médecine | <input type="checkbox"/> ₈ services courant |
| <input type="checkbox"/> ₂ Santé mentale | <input type="checkbox"/> ₉ Uschiniichisuu |
| <input type="checkbox"/> ₃ santé scolaire | <input type="checkbox"/> ₁₀ Hémodialyse |
| <input type="checkbox"/> ₄ Awash | <input type="checkbox"/> ₁₁ Chishaayiyuu |
| <input type="checkbox"/> ₅ Urgences | <input type="checkbox"/> ₁₂ Assistante infirmière chef |
| <input type="checkbox"/> ₆ Soins palliatifs | <input type="checkbox"/> ₁₃ Conseillère clinique |
| <input type="checkbox"/> ₇ soins a domicile | <input type="checkbox"/> ₁₄ Autre (précisez) _____ |

19. Possédez-vous une accréditation/formation/diplôme pour la spécialité mentionnée à la question 18? Si oui, précisez

- ₁ Non ₂ Oui si oui, préciser : _____

SECTION IV – MILIEU DE TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE

Cette section porte sur les milieux dans lesquels vous travaillez et sur vos perceptions relativement à des aspects précis de votre rôle et des activités accomplies dans ce rôle.

20. Dans quel(s) type(s) de milieu de soins travaillez-vous? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ CMC Chissasibi | <input type="checkbox"/> ₇ Scolaire |
| <input type="checkbox"/> ₂ CMC autres communautés | <input type="checkbox"/> ₈ Soins à domicile |
| <input type="checkbox"/> ₃ Département de médecine- hôpital Chissasibi | <input type="checkbox"/> ₉ Suivi dans la communauté |
| <input type="checkbox"/> ₄ Département d'urgence-hôpital Chissasibi | <input type="checkbox"/> ₁₀ Autre _____ (précisez) |
| <input type="checkbox"/> ₆ Santé publique | |

21. Êtes-vous membre d'un syndicat?

- ₁ Non ₂ Oui

22. Quel est votre statut d'emploi? (Cochez une seule réponse.)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Permanent à temps plein (statut 1) | <input type="checkbox"/> ₄ Temporaire à temps partiel (statut 5) |
| <input type="checkbox"/> ₂ Temporaire à temps plein (statut 2) | <input type="checkbox"/> ₅ Poste contractuel |
| <input type="checkbox"/> ₃ Permanent à temps partiel | <input type="checkbox"/> ₆ Autre _____ (VEUILLEZ préciser) |

23. Quel est votre salaire annuel brut avant retenues (incluant la rémunération des primes et gardes)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ Moins de 20 000 \$ | <input type="checkbox"/> ₅ 50 000 à 59 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₉ 90 000 à 99 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> ₂ 20 000 à 29 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₆ 60 000 à 69 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₁₀ 100 000 à 109 999 \$ |
| <input type="checkbox"/> ₃ 30 000 à 39 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₇ 70 000 à 79 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₁₁ 110 000 \$ et plus |
| <input type="checkbox"/> ₄ 40 000 à 49 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₈ 80 000 à 89 999 \$ | <input type="checkbox"/> ₁₂ Je préfère ne pas répondre. |

24a. Faites-vous régulièrement des heures de gardes?

₁ Non ₂ Oui (*Si oui, répondez aux sous-questions b et c.*)

24b. En moyenne, combien d'heures de gardes faites-vous par semaine?

_____ heures de gardes par semaine

24c. Combien de vos heures de gardes par semaine ne sont pas rémunérées?

_____ heures de garde non rémunérées par semaine

SECTION V – ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES DE L'INFIRMIÈRE

Cette section porte sur des aspects précis de votre rôle et des activités accomplies dans ce rôle.

25. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux l'essentiel de votre rôle? (*Cochez une seule réponse.*)

₁ Il s'agit principalement d'un rôle consultatif. Je réponds à des demandes de consultation sur des questions liées aux soins des patients de la part de patients, de personnel infirmier, d'autres professionnels de la santé et/ou de gestionnaires. Le processus consultatif comporte habituellement une interaction directe avec les patients et leurs familles.

₂ J'offre des soins cliniques aux patients référés et/ou admis à notre service ou à nos programmes.

₃ Je n'offre des soins cliniques qu'aux patients présentant une situation de soins complexe ou un risque élevé de complications qui sont référés et/ou admis à notre service ou à nos programmes.

₄ J'offre un service de gestion de cas pour un groupe de patients

₅ J'offre un service à court terme ou épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients.

₆ J'offre un service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients qui requièrent un traitement pour une maladie chronique.

₇ Je ne participe pas aux soins cliniques directs des patients. Mon rôle consiste essentiellement à offrir un soutien indirect et à améliorer les soins cliniques par l'intermédiaire de la formation du personnel, de l'élaboration de programmes et/ou de la mise sur pied d'initiatives d'amélioration de la qualité.

₈ Autre (*veuillez décrire*)

26. À quelle fréquence êtes-vous appelée à rencontrer des patients?

- ₁ Je ne rencontre pas de patients. (*Passez à la question 26.*)
- ₂ Chaque jour ₅ Chaque mois
- ₃ Deux fois par semaine ₆ Moins d'une fois par mois
- ₄ Chaque semaine ₇ Autre _____ (*veuillez préciser*)

27. Combien de patients rencontrez-vous par jour en moyenne?

- ₁ Moins d'un patient ₄ Cinq patients
- ₂ Un patient ₅ Dix patients
- ₃ Trois patients ₆ Quinze patients
- ₇ Autre _____ (*veuillez préciser*)

28a. Rendez-vous visite aux patients à domicile?

- ₁ Non ₂ Oui (*Si oui, répondez à la sous-question b.*)

28b. Si vous rendez visite aux patients à domicile, combien faites-vous de visites à domicile par jour en moyenne?

- ₁ Moins d'une visite ₄ Cinq visites
- ₂ Une visite ₅ Dix visites
- ₃ Trois visites ₆ Quinze visites
- ₇ Autre _____ (*précisez le nombre*)

29. Quel pourcentage des patients de votre pratique clinique se situe dans chacun des groupes d'âge suivants?

- 1) de la naissance à moins de 9 ans _____%
- 2) de 9 à 29 ans _____%
- 3) de 30 à 64 ans _____%
- 4) 65 ans et plus _____%

Total = 100 %

30a. Au cours de la dernière semaine, quel pourcentage de votre temps avez-vous consacré à chacune des activités suivantes faisant partie de votre rôle?

30b. Idéalement, quel serait le pourcentage de votre temps qui devrait être consacré à chacune des activités suivantes faisant partie de votre rôle pour que les besoins des patients en matière de soins soient comblés et que vous obteniez les résultats attendus de votre travail?

	Pourcentage du temps	
	a) Actuel	b) Idéal
a) Soins cliniques directs	_____ %	_____ %
b) Éducation	_____ %	_____ %
c) Projet et/ ou recherche	_____ %	_____ %
d) Leadership organisationnel	_____ %	_____ %
e) Perfectionnement académique/professionnel	_____ %	_____ %
f) Consultation	_____ %	_____ %
g) gestion, coordination	_____ %	_____ %
h) tâches autres que lié aux soins infirmiers	_____ %	_____ %
	Total = 100 %	Total = 100%

31. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités suivantes de SOINS CLINIQUES. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités de soins cliniques	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
a) Procéder à une évaluation exhaustive de l'état de santé du patient en privilégiant une approche globale	<input type="checkbox"/>				
b) Planifier des interventions thérapeutiques (p. ex., de type interpersonnel, technique) afin de rétablir, maintenir et/ou améliorer la santé du patient	<input type="checkbox"/>				
c) Utiliser différentes sources d'informations afin d'anticiper un large éventail de problèmes de santé réels ou potentiels des patients	<input type="checkbox"/>				

Activités de soins cliniques	Jamais	Rare- ment	À l'occasion	Souvent	Constam- -ment
d) Faire appel à son raisonnement critique et à ses aptitudes de synthèse pour orienter la prise de décision clinique dans des situations complexes	<input type="checkbox"/>				
e) Faire du dépistage systématique et des activités de promotion de la santé avec des populations à risque	<input type="checkbox"/>				
f) Offrir une évaluation et une prise en charge de la douleur	<input type="checkbox"/>				
g) Offrir une évaluation et une prise en charge de la maladie courante et/ou chronique	<input type="checkbox"/>				
h) Prescrire des médicaments	<input type="checkbox"/>				
i) Surveiller et évaluer l'efficacité des médicaments	<input type="checkbox"/>				
j) Prescrire des analyses de laboratoire et des examens diagnostiques	<input type="checkbox"/>				
k) Interpréter les résultats des analyses de laboratoire et des examens diagnostiques	<input type="checkbox"/>				
l) Réaliser des interventions techniques avancées (comparativement aux interventions habituelles de l'infirmière)	<input type="checkbox"/>				
m) Évaluer les besoins d'apprentissage du patient et de sa famille	<input type="checkbox"/>				
n) Offrir des séances d'éducation au patient et la famille	<input type="checkbox"/>				
o) Offrir un counseling psychosocial au patient et à la famille	<input type="checkbox"/>				
p) Coordonner les soins offerts au patient afin de faciliter ses déplacements à travers les différents milieux de soins	<input type="checkbox"/>				
q) Mobiliser les ressources nécessaires pour offrir des soins complets au patient	<input type="checkbox"/>				
r) Planifier la sortie de l'hôpital	<input type="checkbox"/>				
s) Offrir un suivi téléphonique	<input type="checkbox"/>				
t) Offrir un suivi communautaire	<input type="checkbox"/>				
u) Établir les objectifs de soins en collaboration avec le patient et la famille	<input type="checkbox"/>				
v) Communiquer avec le patient et la famille afin d'obtenir des résultats optimaux	<input type="checkbox"/>				
w) Agir comme agent de liaison entre le patient/famille et l'infirmière /équipe de soins	<input type="checkbox"/>				
x) tâches autres que liées aux soins infirmiers : spécifiez la tâche:	<input type="checkbox"/>				

32. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités ÉDUCATIVES suivantes. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités éducatives	Jamais	Rarement	A l'occasion	Souvent	Constamment
a) Évaluer les besoins en formation et en perfectionnement professionnel du personnel infirmier	<input type="checkbox"/>				
b) Identifier et évaluer les besoins en formation des membres de l'équipe interdisciplinaire	<input type="checkbox"/>				
c) Développer et/ou offrir des activités éducatives structurées (classes, cours) fondées sur les besoins identifiés et les priorités organisationnelles	<input type="checkbox"/>				
d) Offrir un enseignement informel au chevet du patient au personnel soignant	<input type="checkbox"/>				
e) Offrir et/ou animer des rencontres d'équipes multidisciplinaires	<input type="checkbox"/>				
f) Offrir et/ou animer des séances d'enseignements cliniques	<input type="checkbox"/>				
g) Offrir une orientation aux nouveaux employés	<input type="checkbox"/>				
h) Offrir un encadrement aux membres de l'équipe de soins pour le développement et l'enrichissement des connaissances cliniques	<input type="checkbox"/>				
i) Faire le suivi et l'évaluation des résultats de la formation offerte	<input type="checkbox"/>				
j) Documenter les résultats de la formation offerte	<input type="checkbox"/>				

33. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités de RECHERCHE suivantes. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités de recherche et projet	Jamais	Rarement	A l'occasion	Souvent	Constamment
a) Identifier les besoins en recherche visant à répondre aux questions portant sur la pratique infirmière	<input type="checkbox"/>				
b) Mener des recherches systématiques et accéder aux articles publiés sur des questions ayant trait aux soins des patients et à la pratique clinique	<input type="checkbox"/>				
c) Interpréter les découvertes de recherche pertinentes pour la pratique clinique	<input type="checkbox"/>				
d) Agir à titre de courtier du savoir pour faciliter le partage d'information issue de la recherche entre les praticiens, les gestionnaires de la santé et les chercheurs	<input type="checkbox"/>				
e) Intégrer de manière constante les résultats de recherche aux soins du patient et de la famille	<input type="checkbox"/>				
f) Tenir compte des résultats de recherche et des meilleures pratiques dans l'élaboration de politiques, de lignes directrices de pratique et/ou de protocoles cliniques	<input type="checkbox"/>				
g) Développer des indicateurs et des méthodes pour mesurer des résultats de soins	<input type="checkbox"/>				
h) Mener des audits visant à évaluer l'introduction de nouvelles pratiques	<input type="checkbox"/>				
i) Réaliser des travaux de recherche en tant que chercheuse principale ou co-chercheuse	<input type="checkbox"/>				
j) Prendre part au processus d'examen des projets de recherche	<input type="checkbox"/>				

k) Assumer le rôle de personne-ressource auprès d'autres infirmières pour des questions de recherche	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

34. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités de LEADERSHIP ORGANISATIONNEL suivantes. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités de leadership organisationnel	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
a) Développer une vision de la pratique infirmière dans votre domaine de spécialité	<input type="checkbox"/>				
b) Contribuer à la planification stratégique et à l'établissement d'objectifs de programmes mis sur pied à tous les échelons de l'organisation	<input type="checkbox"/>				
c) Siéger à des conseils et à des comités jouant un rôle consultatif et participant à l'élaboration des politiques	<input type="checkbox"/>				
d) Entreprendre/diriger le développement d'approches novatrices visant l'amélioration des résultats relatifs aux patients, aux professionnels de la santé et/ou à l'organisation	<input type="checkbox"/>				
e) Favoriser l'utilisation optimale des ressources de soins infirmiers dans la prestation des soins	<input type="checkbox"/>				
f) Préconiser l'avancement des méthodes de prestation des services infirmiers spécialisés	<input type="checkbox"/>				
g) Gérer/surveiller les budgets des programmes et/ou des unités	<input type="checkbox"/>				
h) Participer au recrutement et à la supervision du personnel	<input type="checkbox"/>				
i) Prendre part au processus d'évaluation du rendement du personnel	<input type="checkbox"/>				

Activités de leadership organisationnel	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
j) Assurer la coordination entre le personnel et les activités de soins	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
k) Identifier et prioriser les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins offerts au patient	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
l) Surveiller et/ou évaluer les pratiques de soins et les résultats qui en découlent afin d'assurer la sécurité des patients et du personnel	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
m) Préconiser une culture organisationnelle qui soutient la croissance professionnelle	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

35. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités de PERFECTIONNEMENT ACADÉMIQUE/ PROFESSIONNEL suivantes. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités de perfectionnement académique/ professionnel	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
a) Diffuser les connaissances acquises au moyen de la recherche par l'intermédiaire de présentations et/ou de publications	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
b) Participer à des projets se déroulant en collaboration avec des établissements d'enseignement	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
c) Conserver une nomination universitaire conjointe afin de faire partie du corps professoral clinique qui offre un encadrement aux infirmières prédiplômées et diplômées	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
d) Miser sur la pratique réflexive pour accroître la compétence et stimuler la croissance	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

professionnelle					
e) Prendre part à des activités de formation continue	<input type="checkbox"/>				
f) S'associer à des organisations professionnelles pour influencer la prise de décisions en matière de soins de santé	<input type="checkbox"/>				
g) Mettre à profit sa compréhension du cadre législatif et des enjeux sociopolitiques pour influencer la prise de décisions en matière de soins de santé	<input type="checkbox"/>				

36. Indiquez la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités de CONSULTATION suivantes. Cochez la fréquence qui décrit le MIEUX votre situation pour chaque activité, peu importe s'il s'agit d'un aspect routinier de votre travail.

Veillez vous servir des définitions suivantes pour indiquer la fréquence à laquelle vous accomplissez les activités énumérées ci-dessous.

Jamais

Rarement : de 1 à 6 fois par année

À l'occasion : de 7 à 11 fois par année

Souvent : de 1 à 3 fois par mois

Constamment : au moins 1 fois par semaine

Activités de consultation	Jamais	Rarement	À l'occasion	Souvent	Constamment
a) Offrir une consultation de cas visant à répondre aux besoins en santé complexes de patients ou des familles	<input type="checkbox"/>				
b) Offrir une consultation visant à répondre aux besoins en santé de patients ou des familles en situation de crise	<input type="checkbox"/>				
c) Offrir une consultation visant à améliorer la qualité des soins infirmiers	<input type="checkbox"/>				
d) Offrir une consultation visant à améliorer la prestation des services de santé	<input type="checkbox"/>				
e) Offrir une consultation visant à informer le développement de politiques et de pratiques en matière de santé	<input type="checkbox"/>				

Activités de consultation	Jamais	Rare- ment	À l'occasion	Souvent	Consta- m-ment
f) Offrir une consultation visant à améliorer les programmes d'enseignement infirmier	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

SECTION VI – CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉQUIPE DE SOINS DE SANTÉ

Cette section porte sur votre perception de l'équipe de soins de santé et sur les caractéristiques des membres de l'équipe de soins de santé qui sont associées à votre rôle.

37. Lequel des énoncés suivants décrit LE MIEUX votre interaction avec les autres professionnels de la santé? (Cochez une seule réponse.)

- ₁ Je travaille en tant que professionnelle indépendante et non à titre de membre d'une équipe de soins de santé.
- ₂ Je travaille en tant que membre en collaboration avec une équipe de soins de santé.
- ₃ Je travaille en tant que membre en collaboration avec deux ou plusieurs équipes de soins de santé.

38. Indiquez quels sont les professionnels de la santé qui VOUS CONSULTENT au sujet des soins offerts à un patient. (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ₁ Étudiante en soins infirmiers | <input type="checkbox"/> ₁₄ Travailleur social |
| <input type="checkbox"/> ₂ Étudiant en médecine | <input type="checkbox"/> ₁₅ Ergothérapeute |
| <input type="checkbox"/> ₃ Travailleur de la santé non réglementé | <input type="checkbox"/> ₁₆ Physiothérapeute |
| <input type="checkbox"/> ₄ Conseillère en soins infirmiers | <input type="checkbox"/> ₁₇ Diététiste |
| <input type="checkbox"/> ₅ Assistante-infirmière chef | <input type="checkbox"/> ₁₈ Inhalo- ou thérapeute respiratoire |
| <input type="checkbox"/> ₆ Infirmière soignante | <input type="checkbox"/> ₁₉ Psychologue clinique |
| <input type="checkbox"/> ₇ Infirmière de liaison communautaire infirmiers | <input type="checkbox"/> ₂₀ Chef de direction, soins |
| <input type="checkbox"/> ₈ Infirmière éducatrice/monitrice programme | <input type="checkbox"/> ₂₁ Gestionnaire clinique ou de |
| <input type="checkbox"/> ₉ Infirmière clinicienne spécialisée | <input type="checkbox"/> ₂₂ |
| <input type="checkbox"/> ₁₀ Infirmière praticienne | <input type="checkbox"/> ₂₃ |
| <input type="checkbox"/> ₁₁ Médecin résident | |
| <input type="checkbox"/> ₁₂ Médecin de famille | <input type="checkbox"/> ₂₄ |
| <input type="checkbox"/> ₁₃ Médecin spécialiste | <input type="checkbox"/> ₂₅ Association de professionnels de |
| | la santé (CECII, syndicat, autres) |
| <input type="checkbox"/> ₂₆ Autre _____ (veuillez préciser) | |

39. Indiquez votre niveau de satisfaction actuel à l'endroit des dynamiques d'équipe suivantes en considérant l'équipe de soins de santé avec laquelle vous travaillez le plus souvent. Cochez le niveau qui décrit le MIEUX votre situation.

Dynamique d'équipe	Ne s'applique pas	Très insatisfaite	Insatisfaite	Satisfaite	Très satisfait e
La confiance est démontrée à chaque membre de l'équipe pour son jugement clinique	<input type="checkbox"/>				
Les connaissances et habiletés de chaque membre de l'équipe sont respectées	<input type="checkbox"/>				
Coopération dans l'équipe lors de la prise de décisions reliées aux soins des patients	<input type="checkbox"/>				
Les perspectives de chaque membre de l'équipe contribuent à la prestation optimale des soins aux patients	<input type="checkbox"/>				
La capacité de l'équipe à travailler ensemble pour optimiser les soins aux patients	<input type="checkbox"/>				

**SECTION VII – CARACTÉRISTIQUES DES SUPERVISEURS DE RÔLE,
MÉCANISMES DE REDDITION DE COMPTES ET SOUTIEN
ADMINISTRATIF**

Cette section porte sur les caractéristiques des superviseurs de rôle et des mécanismes de reddition de comptes qui s'appliquent à votre rôle.

40. À qui devez-vous rendre compte de vos activités professionnelles? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ₁ Gestionnaire infirmier (directeur de programme, ...) ₄ Gestionnaire non infirmier
(directeur de programme, ...)
- ₂ Cadre supérieur non infirmier (directeur local, ...) ₅ Je ne suis pas certaine.
- ₃ Infirmière-assistante chef ₆ Autre _____ (précisez)

41a. Faites-vous l'objet d'une ÉVALUATION ANNUELLE DE RENDEMENT?

- ₁ Non ₂ Oui (Si oui, veuillez répondre à la sous-question b.)

41b. Qui a la responsabilité de faire votre ÉVALUATION DE RENDEMENT? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

- ₁ Gestionnaire infirmier (directeur de programme, ...) ₄ Gestionnaire non infirmier
(directeur de programme, ...)
- ₂ Cadre supérieur non infirmier (directeur local, ...) ₅ Je ne suis pas certaine.
- ₃ Infirmière-assistante chef ₆ Autre _____ (précisez)

SECTION VIII – RÉSULTATS, PROCESSUS ET OBSTACLES

Cette section porte sur les résultats quant à l'évolution de l'état de santé du patient qui sont influencés par votre rôle, sur les processus se déroulant au sein de l'équipe de soins qui sont en rapport avec votre rôle et sur les facteurs qui nuisent au développement de votre rôle.

DIRECTIVES :

Pour les besoins de la présente étude, l'évolution de l'état de santé se définit comme suit : changements observés chez le bénéficiaire des soins (patient et/ou famille) sur le plan de son état de santé (état physique) ou en regard de variables cognitives, psychosociales ou comportementales (Hamric, 1985).

42. En vous basant sur l'échelle ci-dessous, veuillez cocher le chiffre correspondant à votre perception quant à la fréquence à laquelle votre travail influe à l'heure actuelle sur chacun des résultats.

- Influe rarement sur ce résultat (0-6 fois par année)
- Influe parfois sur ce résultat (7-11 fois par année)
- Influe souvent sur ce résultat (1-3 fois par mois)
- Influe constamment sur ce résultat (au moins 1 fois par semaine)

Résultat	Rarement	Parfois	Souvent	Constamment
Durée d'hospitalisation/congé reçu dans les délais prévus	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Coût d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Coût de traitement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Taux de complication	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Prévention de la réadmission	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niveau de confort	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Habilitété d'auto-soins	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Capacité fonctionnelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Qualité de vie (santé et bien-être)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bon diagnostic médical	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Bon traitement médical	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Bon diagnostic infirmier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Prise en charge plus rapide du patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mise en route plus rapide du traitement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Meilleure capacité d'adaptation à la situation – patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Meilleure capacité d'adaptation à la situation – famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Prévention des blessures	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Produits de soins appropriés	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Taux d'observance	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niveau d'anxiété du patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Satisfaction du patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Niveau d'anxiété de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Satisfaction de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Maîtrise des effets secondaires du traitement	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Réintégration du patient à l'école, au travail ou dans la collectivité	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Amélioration des connaissances du patient	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Amélioration des connaissances de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
S'il y a des résultats spécifiques d'une maladie et particuliers à votre spécialité qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus, veuillez les				

ajouter ci-dessous.				
Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Précisez : _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

43. Vous trouverez ci-dessous une liste des divers facteurs et processus qui peuvent être influencés par votre travail et qui, de ce fait, peuvent modifier l'évolution de l'état de santé du patient. Veuillez cocher le chiffre correspondant à votre perception quant à la fréquence à laquelle votre travail influe à l'heure actuelle sur chacun de ces facteurs.

Influe rarement sur ce résultat (0-6 fois par année)

Influe parfois sur ce résultat (7-11 fois par année)

Influe souvent sur ce résultat (1-3 fois par mois)

Influe constamment sur ce résultat (au moins 1 fois par semaine)

Facteurs et processus	Rarement	Parfois	Souvent	Constamment
Connaissances du personnel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Compétence du personnel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Élaboration de programme	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Élaboration de marche à suivre	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Amélioration de la documentation	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Consultation - médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Consultation - aidant	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Consultation – administration	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Réalisation de travaux de recherche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Dissémination des résultats de recherche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Utilisation des résultats de recherche	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Coopération multidisciplinaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Amélioration de la communication interdisciplinaire	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Rétention du personnel infirmier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Satisfaction du personnel infirmier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Animation de groupe de soutien	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Orientations vers des ressources	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Productivité du personnel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Mise à l'épreuve de l'efficacité d'un produit	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Amélioration de la communication au sein du personnel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Recours du personnel à des interventions efficaces	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Défense des intérêts du patient auprès du médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Défense des intérêts du patient auprès des départements	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Défense des intérêts de la famille auprès du médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Défense des intérêts de la famille auprès des départements	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Participation à l'assurance de la qualité	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

44. En vous servant de l'échelle proposée ci-dessous, veuillez cocher le chiffre correspondant à votre perception quant à la fréquence à laquelle les obstacles suivants nuisent à vos efforts en vue d'influencer l'évolution de l'état de santé du patient.

Influe rarement sur ce résultat (0-6 fois par année)

Influe parfois sur ce résultat (7-11 fois par année)

Influe souvent sur ce résultat (1-3 fois par mois)

Influe constamment sur ce résultat (au moins 1 fois par semaine)

Obstacles	Rarement	Parfois	Souvent	Constamment
Manque de temps	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque de fonds	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque de personnel	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Espace inadéquat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Aménagement peu pratique du bureau, des aires de travail	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque de soutien administratif	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque de soutien des pairs	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Règlements internes (politiques ou marches à suivre en vigueur au sein de l'établissement ou de l'unité)	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Résistance d'un collègue infirmier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Personnalité difficile d'un collègue infirmier	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

Résistance d'un médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Personnalité difficile du médecin	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Résistance du patient/de la famille	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque d'expertise personnelle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Manque de soutien en secrétariat	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Multiples attentes de votre rôle	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄
Autres (précisez) _____	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂	<input type="checkbox"/> ₃	<input type="checkbox"/> ₄

**SECTION IX – INTÉGRATION ET COLLABORATION AVEC LES
IPS**

45. Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec une IPS?

Oui ₁ Non ₂

46.a. Pensez-vous que l'intégration d'IPS dans les communautés pourrait améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de première ligne ou de néphrologie?

Oui ₁ Non ₂

46.b. Veuillez préciser le choix de votre réponse à la question 46.a.

47. Pensez-vous que l'intégration d'IPS apporterait une duplication des soins?

Oui ₁ Non ₂

48. Pensez-vous que l'IPS pourrait être une ressource pour vous dans votre pratique?

Oui ₁ Non ₂

49. Quels sont les avantages ou inconvénients de l'intégration de l'IPS dans votre communauté en lien avec votre champ de pratique (rehaussement, neutre, restriction de votre champ de pratique...)?

50. En moyenne, combien de patients par semaine dont vous avez du consulter/référer aux médecins estimez-vous que vous auriez pu plutôt consulter/référer à une IPS?

SECTION X – SATISFACTION AU TRAVAIL

Cette section porte sur la mesure dans laquelle vous êtes satisfaite de votre rôle.

51. Dans l'ensemble, dans quelle mesure êtes-vous satisfaite de votre rôle actuel? (Cochez une seule réponse.)

- ₁ Très insatisfaite
 ₂ Insatisfaite
 ₃ Satisfaite
 ₄ Très satisfaite

52. Quel est le facteur ayant le plus influencé votre réponse à la question 47? Veuillez préciser :

53. Quels sont les 3 principaux obstacles à l'implantation du rôle d'IRE à Chisasibi?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

54. Quels sont les 3 principaux facteurs qui faciliteraient l'implantation du d'IRE?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

55. Selon vous, quelles seraient les 3 principales stratégies à mettre en œuvre pour promouvoir le développement du rôle des IRE au sein du système de santé canadien?

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

Appendice E. Définitions opérationnelles des variables

Concepts clés	Construits	Indicateurs ou variables	Catégories ou modalités	Niveau de mesure	Méthode de collecte de données	Validité de l'outil	Fiabilité ou fidélité de l'outil
Activités professionnelles de l'IRE	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Soins cliniques 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Procéder à une évaluation exhaustive de l'état de santé du patient en privilégiant une approche globale ◆ Planifier des interventions thérapeutiques afin de rétablir, maintenir et/ou améliorer la santé du patient ◆ Utiliser différentes sources d'informations afin d'anticiper un large éventail de problèmes de santé réels ou potentiels des patients ◆ Faire appel à son raisonnement critique et à ses aptitudes de synthèse pour orienter la prise de décision clinique dans des situations complexes ◆ Faire du dépistage systématique et des activités de promotion de la santé avec des populations à risque ◆ Offrir une évaluation et une prise en charge de la douleur 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1. Jamais ◆ 2. Rarement ◆ 3. À l'occasion ◆ 4. Souvent ◆ 5. Constamment 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ordinale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé (alpha)
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Offrir une évaluation et une prise en charge de la maladie 					
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prescrire des médicaments 					
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Surveiller et évaluer l'efficacité des médicaments 					
		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Prescrire des analyses de laboratoire et des examens diagnostiques 					

	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Interpréter les résultats des analyses de laboratoire et des examens diagnostiques ♦ Réaliser des interventions techniques avancées ♦ Évaluer les besoins d'apprentissage du patient et de sa famille ♦ Offrir des séances d'éducation au patient et la famille ♦ Offrir un counseling psychosocial au patient et à la famille ♦ Coordonner les soins offerts au patient afin de faciliter ses déplacements à travers les différents milieux de soins ♦ Mobiliser les ressources nécessaires pour offrir des soins complets au patient ♦ Planifier la sortie de l'hôpital ♦ Offrir un suivi téléphonique ♦ Offrir un suivi communautaire ♦ Établir les objectifs de soins en collaboration avec le patient et la famille ♦ Communiquer avec le patient et la famille afin d'obtenir des résultats optimaux ♦ Agir comme agent de liaison entre le patient/famille et l'infirmière /équipe de soins 					
♦ Éducation	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Évaluer les besoins en formation et en perfectionnement professionnel du personnel infirmier 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 1. Jamais ♦ 2. Rarement ♦ 3. À l'occasion ♦ 4. Souvent ♦ 5. Constamment 	♦ Ordinale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé

		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Identifier et évaluer les besoins en formation des membres de l'équipe interdisciplinaire ♦ Développer et/ou offrir des activités éducatives structurées (classes, cours) fondées sur les besoins identifiés et les priorités organisationnelles ♦ Offrir un enseignement informel au chevet au personnel soignant ♦ Offrir et/ou animer des rencontres d'équipes multidisciplinaires ♦ Offrir et/ou animer des séances d'enseignements cliniques ♦ Offrir une orientation aux nouveaux employés ♦ Offrir un encadrement aux membres de l'équipe de soins pour le développement et l'enrichissement des connaissances cliniques ♦ Faire le suivi et l'évaluation des résultats de la formation offerte ♦ Documenter les résultats de la formation offerte 					
	♦ Recherche	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Identifier les besoins en recherche visant à répondre aux questions portant sur la pratique infirmière ♦ Mener des recherches systématiques et accéder aux articles publiés sur des questions ayant trait aux soins des patients et à la pratique clinique ♦ Interpréter les découvertes de recherche pertinentes pour la pratique clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 1. Jamais ♦ 2. Rarement ♦ 3. À l'occasion ♦ 4. Souvent ♦ 5. Constamment 	♦ Ordinale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé

		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Agir à titre de courtier du savoir pour faciliter le partage d'information issue de la recherche entre les praticiens, les gestionnaires de la santé et les chercheurs ♦ Intégrer de manière constante les résultats de recherche aux soins du patient et de la famille ♦ Tenir compte des résultats de recherche et des meilleures pratiques dans l'élaboration de politiques, de lignes directrices de pratique et/ou de protocoles cliniques ♦ Développer des indicateurs et des méthodes pour mesurer des résultats de soins ♦ Mener des audits visant à évaluer l'introduction de nouvelles pratiques ♦ Réaliser des travaux de recherche en tant que chercheuse principale ou cochercheuse ♦ Prendre part au processus d'examen des projets de recherche ♦ Assumer le rôle de personne-ressource auprès d'autres infirmières pour des questions de recherche 					
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Leadership organisationnel 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Développer une vision de la pratique infirmière dans votre domaine de spécialité ♦ Contribuer à la planification stratégique et à l'établissement d'objectifs de programmes mis sur pied à tous les échelons de l'organisation ♦ Siéger à des conseils et à des comités jouant un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 1. Jamais ♦ 2. Rarement ♦ 3. À l'occasion ♦ 4. Souvent ♦ 5. Constamment 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ordinale 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé

		<p>consultatif et participant à l'élaboration des politiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Entreprendre/diriger le développement d'approches novatrices visant l'amélioration des résultats relatifs aux patients, aux professionnels de la santé et/ou à l'organisation ◆ Favoriser l'utilisation optimale des ressources de soins infirmiers dans la prestation des soins ◆ Préconiser l'avancement des méthodes de prestation des services infirmiers spécialisés ◆ Gérer/surveiller les budgets des programmes et/ou des unités ◆ Participer au recrutement et à la supervision du personnel ◆ Prendre part au processus d'évaluation du rendement du personnel ◆ Assurer la coordination entre le personnel et les activités de soins ◆ Identifier et prioriser les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins offerts au patient ◆ Surveiller et/ou évaluer les pratiques de soins et les résultats qui en découlent afin d'assurer la sécurité des patients et du personnel ◆ Préconiser une culture organisationnelle qui soutient la croissance professionnelle 					
	◆ Perfectionnement académique/ professionnel	◆ Diffuser les connaissances acquises au moyen de la recherche par	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 1. Jamais ◆ 2. Rarement ◆ 3. À l'occasion 	◆ Ordinale	◆ Questionnaire en ligne	◆ Oui	◆ Élevé

		<p>l'intermédiaire de présentations et/ou de publications</p> <ul style="list-style-type: none"> ♦ Participer à des projets se déroulant en collaboration avec des établissements d'enseignement ♦ Conserver une nomination universitaire conjointe afin de faire partie du corps professoral clinique qui offre un encadrement aux infirmières prédiplômées et diplômées ♦ Miser sur la pratique réflexive pour accroître la compétence et stimuler la croissance professionnelle ♦ Prendre part à des activités de formation continue ♦ S'associer à des organisations professionnelles pour influencer la prise de décisions en matière de soins de santé ♦ Mettre à profit sa compréhension du cadre législatif et des enjeux sociopolitiques pour influencer la prise de décisions en matière de soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 4. Souvent ♦ 5. Constamment 				
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Consultation 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Offrir une consultation de cas visant à répondre aux besoins en santé complexe de patients ou des familles ♦ Offrir une consultation visant à répondre aux besoins en santé de patients ou des familles en situation de crise ♦ Offrir une consultation visant à améliorer la qualité des soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ 1. Jamais ♦ 2. Rarement ♦ 3. À l'occasion ♦ 4. Souvent ♦ 5. Constamment 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Ordinale 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé

		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Offrir une consultation visant à améliorer la prestation des services de santé ♦ Offrir une consultation visant à informer le développement de politiques et de pratiques en matière de santé ♦ Offrir une consultation visant à améliorer les programmes d'enseignement infirmier 					
Degré de collaboration entre IRE et IPS	♦ Finalisation	♦ Pensez-vous que l'intégration des IPS dans les communautés pourrait améliorer l'accessibilité et la qualité des soins de première ligne ou de néphrologie ?	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Oui
	♦ Formalisation	♦ Pensez-vous que l'intégration des IPS apporte une duplication de soins ?	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	♦ Nominale (Dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Oui
	♦ Intériorisation	♦ Pensez-vous que l'IPS soit une ressource pour vous dans votre pratique ?	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	♦ Nominale (Dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Oui
	♦ Année d'obtention du permis	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 5 ans ♦ 5-10 ans ♦ Plus de 10 ans 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 5 ans ♦ 5-10 ans ♦ Plus de 10 ans 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Âge	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 24 ans ♦ 25-29 ans ♦ 30-34 ans ♦ 35-39 ans ♦ 40-44 ans ♦ 45-49 ans ♦ 50-54 ans ♦ 55-59 ans ♦ 60 ans et plus 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 24 ans ♦ 25-29 ans ♦ 30-34 ans ♦ 35-39 ans ♦ 40-44 ans ♦ 45-49 ans ♦ 50-54 ans ♦ 55-59 ans ♦ 60 ans et plus 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé

Caractéristiques sociodémographiques de l'IRE	♦ Sexe	♦ Homme ♦ Femme	♦ Homme ♦ Femme	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Nombre d'années de résidence dans la province ou territoire du Canada	♦ Moins de 10 ans ♦ Plus de 10 ans	♦ Moins de 10 ans ♦ Plus de 10 ans	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Déménagement d'une autre province pour la présente	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
Situation relative à l'emploi	♦ Emploi actuel comme IRELA	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Antécédent d'emploi comme IRELA	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Expérience en années comme IRELA	♦ Moins de 5 ans ♦ 5 – 10 ans ♦ Plus de 10 ans	♦ Moins de 5 ans ♦ 5 – 10 ans ♦ Plus de 10 ans	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Province ou territoire du Canada dans lesquels vous avez travaillé ou travaillez comme IRE	♦ Colombie-Britannique ♦ Alberta ♦ Saskatchewan ♦ Manitoba ♦ Ontario ♦ Québec ♦ Nouveau-Brunswick ♦ Nouvelle-Écosse ♦ Terre-Neuve-et-Labrador ♦ Île-du-Prince-Édouard ♦ Yukon ♦ Territoire du Nord-Ouest ♦ Nunavut ♦ Autre pays	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Description de tâche écrite portant spécifiquement sur le rôle de l'IRE	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui ♦	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Degré de compréhension du rôle élargie de l'IRE par l'employeur	♦ Ne le comprends pas du tout ♦ Le comprend mal ♦ Le comprend un peu ♦ Le comprend bien	♦ Mauvaise compréhension ♦ Bonne compréhension	♦ Ordinale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
♦ Degré de compréhension du rôle de l'IRE par les patients	♦ Ne le comprends pas du tout ♦ Le comprend mal ♦ Le comprend un peu	♦ Mauvaise compréhension ♦ Bonne compréhension	♦ Ordinale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	

		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Le comprend bien 					
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Développement du rôle d'IRE à partir d'un modèle particulier de pratique infirmière avancée ou à partir d'un cadre conceptuel 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nominale (dichotomique) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé
Caractéristiques de l'IRE	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Niveau de scolarité 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ DEC en soins infirmiers ♦ Bacc en sciences infirmières ♦ Bacc autre qu'en sciences infirmières ♦ Maîtrise en ... ♦ Doctorat en pratique infirmière ♦ Doctorat en ... ♦ Programme de certificat spécialisé en ... ♦ Infirmière praticienne : néonatalogie, néphrologie, cardiologie ♦ Infirmière praticienne services de premières lignes/famille, tous âges ♦ Santé communautaire ♦ Autre (préciser) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Collégiale ♦ Universitaire 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Inscription active à un programme d'études 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nominale (dichotomique) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé
	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Principal domaine de spécialité 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Médecine ♦ Santé mentale ♦ Santé scolaire ♦ Awash ♦ Urgences ♦ Soins palliatifs ♦ Soins à domicile ♦ Services courants ♦ Uschiniichisuu ♦ Hémodialyse ♦ Chishaayiyuu ♦ Assistante infirmière-chef ♦ Conseillère clinique 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Services courants ♦ Soins aigus ♦ Promotion et prévention de la santé ♦ Gestion et supervision des soins ♦ Autre (préciser) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Élevé

	♦ Possession d'une accréditation dans une des spécialités mentionnées ci-haut	♦ Autre (préciser) ♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
Milieu de travail de l'infirmière	♦ Milieu de soins	♦ CMC Chissasibi ♦ CMC autres communautés ♦ Département de Médecine-Hôpital de Chissasibi ♦ Département d'urgence-Hôpital de Chissasibi ♦ Santé publique ♦ Scolaire ♦ Soins à domicile ♦ Suivi dans la communauté ♦ Autre (précisez)	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Membre d'un syndicat	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Statut d'emploi	♦ Permanent temps plein ♦ Temporaire temps plein ♦ Permanent temps partiel ♦ Temporaire à temps partiel ♦ Poste contractuel ♦ Autre (précisez)	♦ Temps plein ♦ Temps partiel ♦ Contractuel ♦ Autre	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Salaire annuel brut avant retenues	♦ Moins de 20 000\$ ♦ 20 000 – 29 999\$ ♦ 30 000 – 39 999\$ ♦ 40 000 – 49 999\$ ♦ 50 000 – 59 999\$ ♦ 60 000 – 69 999\$ ♦ 70 000 – 79 999\$ ♦ 80 000 – 89 999\$ ♦ 100 000 – 109 999\$ ♦ 110 000 et plus ♦ Je préfère ne pas répondre	♦ Moins de 59 999\$ ♦ 60 000 – 79 999\$ ♦ 80 000 – 99 999\$ ♦ 100 000 – 109 999\$ ♦ 110 000 – 129 999\$ ♦ 130 000 et plus ♦ Je préfère ne pas répondre	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
	♦ Faire des heures de gardes régulièrement	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
Activités professionnelles de l'infirmière	♦ Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel du rôle de l'IRE	♦ Rôle consultatif principalement ♦ Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	♦ Rôle consultatif principalement ♦ Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé

		<ul style="list-style-type: none"> ♦ Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients ♦ Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique ♦ Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques ♦ Autre 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients ♦ Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique ♦ Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques ♦ Autre 				
♦ Fréquence de rencontre des patients	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Je ne rencontre pas de patients ♦ Chaque jour ♦ Deux fois par semaine ♦ Chaque semaine ♦ Chaque mois ♦ Moins d'une fois / mois ♦ Autre (précisez) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Chaque jour ♦ Au moins 1 à 2 fois par semaine ♦ Je ne rencontre pas de patients et autre 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	
♦ Nombre de patients rencontré par jour en moyenne	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins d'un patient ♦ Un patient ♦ Trois patients ♦ Cinq patients ♦ Dix patients ♦ Quinze patients ♦ Autre (précisez) 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins d'un patient ♦ 1 à 9 patients ♦ 10 patients et plus ♦ Autre (précisez) 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	
♦ Visite de patients à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Non ♦ Oui 	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	
♦ Pourcentage de patients qui se situe dans chacun des groupes d'âge	<ul style="list-style-type: none"> ♦ De la naissance à moins de 9 ans % ♦ De 9 à 29 ans % ♦ De 30 à 64 ans % ♦ De 65 ans à plus % 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 25 % ♦ 25 à 49 % ♦ 50 – 100 % 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	
♦ Pourcentage de temps idéal qui devrait être consacré à chacune des activités faisant partie de son rôle	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Soins cliniques ♦ Éducation ♦ Recherche ♦ Leadership organisationnel ♦ Perfectionnement académique ♦ Consultation ♦ Gestion, coordination ♦ Tâches autres que liées aux soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> ♦ Moins de 25 % ♦ 25 à 100 % 	♦ Nominale	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé	

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Pourcentage de temps actuel consacré à chacune des activités faisant partie de son rôle 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Soins cliniques ◆ Éducation ◆ Recherche ◆ Leadership organisationnel ◆ Perfectionnement académique ◆ Consultation ◆ Gestion, coordination ◆ Tâches autres que liées aux soins infirmiers 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Moins de 25 % ◆ 25 à 100 % 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé
Satisfaction au travail	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Satisfaction personnelle de votre rôle d'IRE actuel 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Très insatisfaite ◆ Insatisfaite ◆ Satisfaite ◆ Très satisfaite 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Insatisfaite ◆ Satisfaite 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Ordinale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Facteurs ayant le plus influencé votre degré de satisfaction 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ L'amour pour son travail et impact positif de son rôle sur la santé des patients ◆ La reconnaissance du rôle de l'infirmière et de son expertise ainsi que la collaboration interprofessionnelle ◆ L'autonomie de pratique ◆ L'amour pour le rôle élargi ◆ Le clivage, la résistance au changement, et le manque de support des gestionnaires ◆ Rôle pas clair, travail des collègues insuffisants, absentéisme, manque de ressource ◆ Ne sait pas ◆ Pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ L'amour pour son travail et impact positif de son rôle sur la santé des patients ◆ La reconnaissance du rôle de l'infirmière et de son expertise ainsi que la collaboration interprofessionnelle ◆ L'autonomie de pratique ◆ L'amour pour le rôle élargi ◆ Le clivage, la résistance au changement, et le manque de support des gestionnaires ◆ Rôle pas clair, travail des collègues insuffisants, absentéisme, manque de ressource ◆ Ne sait pas ◆ Pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Obstacles à l'implantation du rôle d'IRE à Chisasibi 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Problèmes infrastructurels, médicaux et organisationnels ◆ Problèmes médicaux, financiers, et politiques gouvernementales 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Problèmes infrastructurels, médicaux et organisationnels ◆ Problèmes médicaux, financiers, et 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé

	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Problèmes médicaux, organisationnels et de ressources humaines ◆ Problèmes administratifs, médicaux et de l'équipe de soins ◆ Problèmes administratifs, financiers et organisationnels ◆ Absence d'obstacles ◆ Ne sait pas ou pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> politiques gouvernementales ◆ Problèmes médicaux, organisationnels et de ressources humaines ◆ Problèmes administratifs, médicaux et de l'équipe de soins ◆ Problèmes administratifs, financiers et organisationnels ◆ Absence d'obstacles ◆ Ne sait pas ou pas claire 				
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Principaux facteurs qui faciliteraient l'implantation du rôle d'IRE 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Facteurs médicaux, organisationnels et politiques gouvernementales ◆ Facteurs liés aux résultats positifs de l'implantation d'IRE, au désir de la population, et à la volonté de la DSI ◆ Facteurs politiques, financiers, et volonté du personnel ◆ Facteurs infrastructurels, politiques et de ressources humaines ◆ Ne sait pas ◆ Pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Facteurs médicaux, organisationnels et politiques gouvernementales ◆ Facteurs liés aux résultats positifs de l'implantation d'IRE, au désir de la population, et à la volonté de la DSI ◆ Facteurs politiques, financiers, et volonté du personnel ◆ Facteurs infrastructurels, politiques et de ressources humaines ◆ Ne sait pas ◆ Pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Principales stratégies pour la promotion du développement du rôle de l'IRE 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Promotion dans la communauté, dans le système éducatif, au CMQ et implication de l'OIIQ ◆ Stratégie politique, gestion du système de santé par les gestionnaires ◆ Collaboration MD-Infirmière et démontrer impact positif selon la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Promotion dans la communauté, dans le système éducatif, au CMQ et implication de l'OIIQ ◆ Stratégie politique, gestion du système de santé par les gestionnaires ◆ Collaboration MD-Infirmière et 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé

		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Enjeux économiques, clarification et reconnaissance du rôle de l'IRE ◆ Je ne sais pas ◆ Pas claire 	<ul style="list-style-type: none"> démontrer impact positif selon la communauté ◆ Enjeux économiques, clarification et reconnaissance du rôle de l'IRE ◆ Je ne sais pas ◆ Pas claire 				
	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Énoncé qui décrit le mieux vos projets futurs 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Je suis satisfaite dans mon rôle actuel et je n'ai pas de projet immédiat de recherche d'un nouvel emploi ◆ Je n'ai pas le rôle élargi et je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi avec le rôle élargi ◆ Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé ◆ Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé ◆ Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé ◆ Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Je suis satisfaite dans mon rôle actuel et je n'ai pas de projet immédiat de recherche d'un nouvel emploi ◆ Je n'ai pas le rôle élargi et je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi avec le rôle élargi ◆ Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé ◆ Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé ◆ Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé ◆ Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Nominale 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Questionnaire en ligne 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Oui 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Élevé

Avoir travaillé en collaboration avec une IPS	♦ Avoir travaillé en collaboration avec une IPS	♦ Non ♦ Oui	♦ Non ♦ Oui	♦ Nominale (dichotomique)	♦ Questionnaire en ligne	♦ Oui	♦ Élevé
--	---	----------------	----------------	---------------------------	--------------------------	-------	---------

Appendice F. Tableau des résultats

Tableau A : Caractéristiques des infirmières en régions éloignées

Variables indépendantes					
	N	%	Mo	Med	E-T
			y		
Année d'obtention du permis de pratique infirmière					
Moins de 5 ans	15	12,2			
5 - 10 ans	21	17,1			
Plus de 10 ans	87	70,7			
Total	123	100			
Sexe					
Femme	97	78,9			
Homme	26	21,1			
Total	123	100			
Âge en années					
Moins de 24 ans	2	1,6			
25 - 29	13	10,6			
30 - 34	13	10,6			
35 - 39	18	14,6			
40 - 44	12	9,8			
45 - 49	22	17,9			
50 - 54	21	17,1			
55 - 59	14	11,4			
60 ans et plus	8	6,5			
Total	123	100			
Année du début de résidence au Canada					
Moins de 10 ans	10	8,1			
Plus de 10 ans	113	91,9			
Total	123	100			
Déménagement d'une autre province vers celle actuellement habitée					
Non	111	90,2			
Oui	12	9,8			
Total	123	100			
Raisons ayant motivé le déménagement					
Considérations salariales					
Non	10	83,3			
Oui	2	16,7			

Total	12	100			
Amélioration de l'horaire de travail					
Non	12	100			
Oui	0	0			
Total	12	100			
Retour aux études					
Non	7	58,3			
Oui	5	41,7			
Total	12	100			
Considérations familiales (p. ex.: parents âgés)					
Non	8	66,7			
Oui	4	33,3			
Total	12	100			
Facteur relié au conjoint (p. ex. mutation)					
Non	11	91,7			
Oui	1	8,3			
Total	12	100			
Changement personnel (p. ex.: changement d'état civil)					
Non	12	100			
Oui	0	0			
Total	12	100			
Absence d'emploi d'IRE disponible dans ma région					
Non	12	100			
Oui	0	0			
Total	12	100			
Nouvelle possibilité d'avancement					
Non	9	75			
Oui	3	25			
Total	12	100			
Autres raisons					
Non	0	0			
Oui	0	0			
Total	0	0			
Emploi actuel comme IRELA					
Non	48	42,9			
Oui	64	57,1			

Total	112	100			
Antécédent d'emploi comme IRELA					
Non	29	60,4			
Oui	19	39,6			
Total	48	100			
Expérience en années comme IRELA					
Moins de 5 ans	25	30,9			
5 - 10 ans	24	29,6			
Plus de 10 ans	32	39,5			
Total	81	100			
Province ou territoire du Canada d'exercice comme IRELA actuellement ou anciennement					
Colombie-Britannique					
Non	112	99,1			
Oui	1	0,9			
Total	113	100			
Alberta					
Non	112	99,1			
Oui	1	0,9			
Total	113	100			
Saskatchewan					
Non	113	100			
Oui	0	0			
Total	113	100			
Manitoba					
Non	113	100			
Oui	0	0			
Total	113	100			
Ontario					
Non	111	98,2			
Oui	2	1,8			
Total	113	100			
Québec					
Non	30	26,5			
Oui	83	73,5			
Total	113	100			
Nouveau-Brunswick					

Non	113	100			
Oui	0	0			
Total	113	100			
Nouvelle-Écosse					
Non	112	99,1			
Oui	1	0,9			
Total	113	100			
Terre-Neuve-et-Labrador					
Non	113	100			
Oui	0	0			
Total	100	100			
Île-du-Prince-Édouard					
Non	113	113			
Oui	0	0			
Total	100	100			
Yukon					
Non	113	100			
Oui	0	0			
Total	113	100			
Territoire du Nord-Ouest					
Non	107	94,7			
Oui	6	5,3			
Total	113	100			
Nunavut					
Non	107	94,7			
Oui	6	5,3			
Total	113	100			
Disposition d'une description de tâche écrite de l'IRELA par l'employeur					
Non	34	39,1			
Oui	53	60,9			
Total	87	100			
Compréhension du rôle élargi par employeur					
Mauvaise compréhension	8	9,2	1,91	2	0,291
Bonne compréhension	79	90,8			
Total	87	100			
Compréhension du rôle élargi par patient					

Mauvaise compréhension	16	18,8	1,81	2	0,393
Bonne compréhension	69	81,2			
Total	85	100			
Développement du rôle de l'IRELA selon un modèle de pratique infirmière avancée					
Non	63	75			
Oui	21	25			
Total	84	100			
Précision sur le cadre conceptuel utilisé					
Modèle Virginia Henderson	2	11,1			
Modèle McGill	5	27,8			
Formation développée par Solution Nursing	1	5,6			
Guide thérapeutique et solution développée par solution nursing	1	5,6			
Guide thérapeutique et solution développée par solution nursing	2	11,1			
Ne se souvient pas	1	5,6			
Formation au CUSM	1	5,6			
Jumelage avec une autre IRELA	1	5,6			
Ordonnances collectives	2	11,1			
Stage de formation de 12 semaines d'IRELA	1	5,6			
Cree internship program	1	6,5			
Total	18	100			
Niveau de scolarité					
Collégiale	47	44,8			
Universitaire	58	55,2			
Total	105	100			
Inscription active à un programme d'études					
Non	80	76,2			
Oui	25	23,8			
Total	105	100			
Précisions sur les autres programmes d'études actuellement inscrits					
Administration publique	1	14,3			
Certificat court en espagnol	1	14,3			
Certification en gestion des services de la santé et des services sociaux	2	28,6			
Microprogramme en région isolée	1	14,3			
Microprogramme de second cycle	1	14,3			

Microprogramme	1	14,3			
Total	7	100			
Principal domaine de spécialité					
Services courants	23	21,9			
Soins aigus	26	24,8			
Services de prévention et de promotion de la santé	20	19			
Gestion et supervision des soins	20	19			
Autre	16	15,2			
Total	105	100			
Précisions sur les autres domaines de spécialité					
CPS	1	9,1			
Remplaçante dans d'autres services et infirmières en soins de pieds	1	9,1			
Infirmière de liaison	4	36,4			
Soins de plaies	1	9,1			
AIC en Hémodialyse	2	18,2			
Ressource / Formation	2	18,2			
Total	11	100			
Possession d'une accréditation / formation / diplôme pour la spécialité					
Non	56	53,3			
Oui	49	46,7			
Total	105	100			
Milieu de travail					
CMC Chisasibi					
Non	89	85,6			
Oui	15	14,4			
Total	104	100			
CMC autres communautés					
Non	51	49			
Oui	53	51			
Total	104	100			
Médecine au CH de Chisasibi					
Non	100	96,2			
Oui	4	3,8			
Total	104	100			
Urgences au CH de Chisasibi					

Non	99	95,2			
Oui	5	3,8			
Total	104	100			
Santé publique					
Non	94	95,2			
Oui	10	9,6			
Total	104	100			
Milieu scolaire					
Non	96	92,3			
Oui	8	7,7			
Total	104	100			
Soins à domicile					
Non	98	94,2			
Oui	6	5,8			
Total	104	100			
Milieu communautaire					
Non	100	96,2			
Oui	4	3,8			
Total	104	100			
Autres milieu de soins					
Awash	1	9,1			
CMC de Mistissini / Hémodialyse de Mistissini	0	18,1			
CPS	4	36,4			
Département régional de soins infirmiers	1	9,1			
Formatrice	2	18,2			
Mandat régional / Rôle régional	2	18,2			
Total	11	100			
Membre d'un syndicat					
Non	47	44,8			
Oui	58	55,2			
Total	105	100			
Statut d'emploi					
Temps plein	90	86,5			
Temps partiel	7	6,7			
Contractuel	3	2,9			
Autre	4	3,8			

Total	104	100			
Salaire annuel brut en \$					
Moins de 59 999	6	5,8			
60 000 - 79 999	18	17,3			
80 000 - 99 999	20	19,2			
100 000 - 109 999	23	22,1			
110 000 - 129 999	20	19,2			
130 000 et plus	6	5,8			
Je préfère ne pas répondre	11	10,6			
Total	104	100			
Faire des heures de gardes par semaine					
Non	58	55,8			
Oui	46	44,2			
Total	104	100			
Moyenne d'heures de gardes faites par semaine					
Moins de 15h	5	31,3			
15 - 29 h	5	31,3			
30 - 44 h	6	37,5			
Total	16	100			
Nombre d'heures de garde par semaine non rémunérées					
Moins d'une heure	17	77,3			
7/8 h	1	4,5			
28 h si pas eu d'appel	1	4,5			
Pas clair	3	13,6			
Total	22	100			
Énoncé qui décrit le mieux l'essentiel de votre rôle d'IRELA					
Rôle consultatif principalement	8	11,1			
Soins cliniques aux patients et services de gestion de cas pour un groupe de patients	23	31,9			
Service épisodique d'évaluation et de prise en charge des patients	8	11,1			
Service à long terme d'évaluation et de prise en charge des patients ayant une maladie chronique	10	13,9			
Soutien indirect et contribution pour l'amélioration des soins cliniques	15	20,8			
Autre	8	11,1			

Total	72	100			
Fréquence de rencontre des patients					
Chaque jour	49	68,1			
Au moins 1 à 2 fois par semaine	13	18,1			
Je ne rencontre pas de patients et autres	10	13,9			
Total	72	100			
Moyenne de patients rencontrés par jour					
Moins d'un patient	6	9,5			
1 à 9 patients	25	39,7			
10 patients et plus	22	34,9			
Autre	10	15,9			
Total	63	100			
Visite aux patients à domicile					
Non	44	69,8			
Oui	19	30,2			
Total	63	100			
Pourcentage de patients de votre pratique clinique ayant moins de 9 ans					
Moins de 25%	33	57,9			
25 - 49 %	16	28,1			
50 -100 %	8	14			
Total	57	100			
Pourcentage de patients de votre pratique clinique ayant entre 9 et 29 ans					
Moins de 25 %	37	61,7			
25 - 49 %	14	23,3			
50 -100 %	9	15			
Total	60	100			
Pourcentage de patients de votre pratique clinique ayant entre 30 et 64 ans					
Moins de 25 %	22	36,1			
25 - 49 %	24	39,3			
50 -100 %	15	24,6			
Total	61	100			
Pourcentage de patients de votre pratique clinique ayant 65 ans et plus					
Moins de 25 %	33	56,9			
25 - 49 %	16	27,6			
50 -100 %	9	15,5			

Total	58	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	30	45,5			
25 - 100 %	36	54,5			
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à l'éducation					
Moins de 25 %	42	63,6			
25 - 100 %	18	36,4			
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la recherche					
Moins de 25 %	62	93,9			
25 - 100 %	4	6,1			
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré au leadership organisationnel					
Moins de 25 %	56	84,8			
25 - 100 %	10	15,2			
Total	66	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré au perfectionnement académique					
Moins de 25 %	65	100			
25 - 100 %	0	0			
Total	65	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la consultation					
Moins de 25 %	54	83,1			
25 - 100 %	11	16,9			
Total	65	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré à la gestion et coordination					
Moins de 25 %	49	73,1			
25 - 100 %	18	26,9			
Total	67	100			
Pourcentage de temps idéal devant être consacré aux tâches autres que les soins infirmiers					
Moins de 25 %	64	98,5			
25 - 100 %	1	1,5			
Total	65	100			

Pourcentage de temps actuel consacré aux soins cliniques directs					
Moins de 25 %	36	53,7			
25 - 100 %	31	46,3			
Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à l'éducation					
Moins de 25 %	52	76,5			
25 - 100 %	16	23,5			
Total	68	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la recherche					
Moins de 25 %	62	95,4			
25 - 100 %	3	4,6			
Total	65	100			
Pourcentage de temps actuel consacré au leadership organisationnel					
Moins de 25 %	60	89,6			
25 - 100 %	7	10,4			
Total	67	100			
Pourcentage de temps actuel consacré au perfectionnement académique					
Moins de 25 %	63	96,9			
25 - 100 %	2	3,1			
Total	65	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la consultation					
Moins de 25 %	57	83,8			
25 - 100 %	11	16,2			
Total	68	100			
Pourcentage de temps actuel consacré à la gestion et coordination					
Moins de 25 %	47	67,1			
25 - 100 %	23	32,9			
Total	70	100			
Pourcentage de temps actuel consacré aux tâches autres que liées aux soins infirmiers					
Moins de 25 %	64	95,5			
25 - 100 %	3	4,5			
Total	67	100			
Satisfaction personnelle de votre rôle actuel					
Insatisfait	13	29,5	1,7	2	0,462

Satisfait	31	70,5			
Total	44	100			
Facteurs ayant le plus influencé votre degré de satisfaction					
L'amour pour son travail et impact positif de son rôle sur la santé des patients	9	24,3			
La reconnaissance du rôle de l'infirmière et de son expertise ainsi que la collaboration interprofessionnelle	5	13,5			
L'autonomie de pratique	8	21,6			
L'amour pour le rôle élargi	4	10,8			
Le clivage, la résistance au changement, et le manque de support des gestionnaires	2	5,4			
Rôle pas clair, travail des collègues insuffisants, absentéisme, manque de ressource	5	13,5			
Ne sait pas	2	5,4			
Pas claire	2	5,4			
Total	37	100			
Obstacles à l'implantation du rôle d'IRE à Chisasibi					
Problèmes infrastructurels, médicaux et organisationnels	8	19,5			
Problèmes médicaux, financiers, et politiques gouvernementales	7	17,1			
Problèmes médicaux, organisationnels et de ressources humaines	11	26,8			
Problèmes administratifs, médicaux et de l'équipe de soins	3	7,3			
Problèmes administratifs, financiers et organisationnels	1	2,4			
Absence d'obstacle	1	2,4			
Ne sait pas ou pas claire	10	24,4			
Total	41	100			
Principaux facteurs qui faciliteraient l'implantation du rôle d'IRE à Chisasibi					
Facteurs médicaux, organisationnels et politiques gouvernementales	14	34,1			
Facteurs liés aux résultats positifs de l'implantation d'IRE, au désir de la population, et à la volonté de la DSI	9	22			
Facteurs politiques, financiers, et volonté du personnel	6	14,6			
Facteurs infrastructurels, politiques et de ressources humaines	4	9,8			
Ne sait pas	5	12,2			
Pas claire	3	7,3			

Total	41	100			
Principales stratégies pour la promotion du développement du rôle de l'IRE					
Promotion dans la communauté, dans le système éducatif, au CMQ et implication de l'OIIQ	12	30,8			
Stratégie politique, gestion du système de santé par les gestionnaires	6	15,4			
Collaboration MD-Infirmière et démontrer impact positif selon la communauté	5	12,8			
Enjeux économiques, clarification et reconnaissance du rôle de l'IRE	7	17,9			
Je ne sais pas	5	12,8			
Pas claire	4	10,3			
Total	39	100			
Énoncé qui décrit le mieux vos projets futurs					
Je suis satisfaite dans mon rôle actuel et je n'ai pas de projet immédiat de recherche d'un nouvel emploi	30	68,2			
Je n'ai pas le rôle élargi et je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi avec le rôle élargi	1	2,3			
Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé	10	22,7			
Je suis en train de penser à me chercher un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé	0	0			
Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans le domaine de soins de santé	0	0			
Je suis activement à la recherche d'un nouvel emploi dans un domaine autre que celui des soins de santé	3	6,8			
Total	44	100			
Avoir travaillé en collaboration avec une IPS					
Non	21	41,2			
Oui	30	58,8			
Total	51	100			

Tableau B : Activités professionnelles réalisées par les infirmières en régions éloignées

1- Soins cliniques

Variable	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence d'évaluation exhaustive de l'état de santé du pt selon une approche globale	64	3,64(1,617)	1	5
Fréquence de planification des interventions thérapeutiques	63	3,63(1,609)	1	5
Fréquence d'utilisation de différentes sources d'informations afin d'anticiper un large éventail de problèmes de santé	62	3,65(1,527)	1	5
Fréquence de faire appel à son raisonnement critique et à ses aptitudes de synthèse pour orienter la prise de décisions cliniques	63	4,16(1,334)	1	5
Fréquence de faire du dépistage systématique et des activités de promotion de la santé avec des populations à risque	63	3,25(1,565)	1	5
Fréquence d'offrir une évaluation et une prise en charge de la douleur	63	2,79(1,588)	1	5
Fréquence d'offrir une évaluation et une prise en charge de la maladie courante et ou chronique	63	3,38(1,689)	1	5
Fréquence de prescrire des médicaments	62	3,11(1,839)	1	5
Fréquence de surveiller et évaluer l'efficacité des médicaments	62	3,42(1,665)	1	5
Fréquence de prescription des analyses de laboratoire et des examens diagnostiques	62	2,85(1,658)	1	5
Fréquence d'interprétation des résultats d'analyses de laboratoire et des examens diagnostiques	62	3,50(1,534)	1	5
Fréquence de réalisation des interventions techniques avancées	62	2,79(1,631)	1	5
Fréquence d'évaluation des besoins d'apprentissage du patient et de sa famille	62	3,40(1,498)	1	5
Fréquence d'offrir des séances d'éducation au patient et à sa famille	62	3,02(1,552)	1	5
Fréquence d'offrir un counselling psychosocial au patient et à la famille	62	2,76(1,434)	1	5

Fréquence de coordination de soins offerts au patient afin de faciliter ses déplacements à travers les différents milieux	62	2,84(1,428)	1	5
Fréquence de mobilisation les ressources nécessaires pour offrir des soins complets	62	3,18(1,454)	1	5
Fréquence de planification de sortie de l'hôpital	62	1,77(1,220)	1	5
Fréquence d'offrir un suivi téléphonique	62	2,66(1,437)	1	5
Fréquence d'offrir un suivi communautaire	62	2,87(1,443)	1	5
Fréquence d'établir des objectifs de soins en collaboration avec le patient et la famille	62	3,08(1,496)	1	5
Fréquence de communication avec le patient et la famille afin d'obtenir des résultats optimaux	62	3,05(1,530)	1	5
Fréquence d'agir comme agent de liaison entre le patient/famille et l'infirmière/équipe de soins	62	3,05(1,573)	1	5
Soins cliniques	64	3,10(1,164)	1	5

2- Activités éducatives

Variables	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence pour évaluer les besoins en formation et en perfectionnement professionnel du personnel infirmier	62	2,34(1,378)	1	5
Fréquence pour identifier et évaluer les besoins en formation des membres de l'équipe interdisciplinaire	62	1,92(1,164)	1	5
Fréquence de développer et/ou d'offrir des activités éducatives structurées fondées sur les besoins identifiés et les priorités organisationnelles	62	1,92(1,284)	1	5
Fréquence d'offrir un enseignement informel au chevet du patient au personnel soignant	62	2,21(1,450)	1	5
Fréquence d'offrir et ou animer des rencontres d'équipes multidisciplinaires	62	2,02(1,123)	1	5
Fréquence d'offrir et/ou animer des séances d'enseignements cliniques	62	1,87(1,123)	1	5
Fréquence d'offrir une orientation aux nouveaux employés	62	2,29(0,982)	1	5
Fréquence d'offrir un encadrement aux membres de l'équipe de soins pour le	62	2,32(1,212)	1	5

développement et l'enrichissement des connaissances cliniques				
Fréquence de suivi et d'évaluation des résultats de la formation offerte	62	1,84(1,027)	1	5
Fréquence de documentation des résultats de la formation offerte	62	1,66(0,940)	1	5(4)
Activités éducatives	62	2,04(0,782)	1	5(4)

3- Recherche et projet

Variabes	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence d'identification des besoins de recherche visant à répondre aux questions portant sur la pratique clinique	62	1,56(1,018)	1	5
Fréquence à mener des recherches systématiques et accéder aux articles publiés sur des questions ayant trait aux soins des patients et à la pratique clinique	62	1,48(0,971)	1	5
Fréquence à interpréter les découvertes de recherche pertinentes pour la pratique clinique	62	1,61(0,964)	1	5
Fréquence d'agir à titre de courtier du savoir pour faciliter le partage d'information issue de la recherche entre les praticiens, les gestionnaires de santé et les chercheurs	62	1,73(1,119)	1	5
Fréquence pour intégrer de manière constante les résultats de recherche aux soins du patient et de la famille	61	1,89(1,185)	1	5
Fréquence pour tenir compte des résultats de recherche et des meilleures pratiques dans l'élaboration de politiques, de lignes directrices de pratique et ou des protocoles cliniques	61	2,10(1,338)	1	5
Fréquence pour développer des indicateurs et des méthodes pour mesurer des résultats de soins	61	1,57(1,056)	1	5
Fréquence à mener des audits visant à évaluer l'introduction de nouvelles pratiques	61	1,33(0,831)	1	5
Fréquence à réaliser des travaux de recherche en tant que chercheuse principale ou co-chercheuse	61	1,20(0,679)	1	5
Fréquence pour prendre part au processus d'examen des projets de recherche	61	1,26(0,575)	1	5(4)
Fréquence pour assumer le rôle de personne-ressource auprès d'autres infirmières pour des questions de recherche	61	1,36(0,797)	1	5
Recherche et projet	62	1,55(0,693)	1	5(4)

4- Leadership organisationnel

Variabes	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence pour développer une vision de la pratique infirmière dans votre domaine de spécialité	61	2,59(1,442)	1	5
Fréquence pour contribuer à la planification stratégique et à l'établissement d'objectifs de programmes mis sur pieds à tous les échelons de l'organisation	61	2,30(1,406)	1	5
Fréquence pour siéger à des conseils et à des comités jouant un rôle consultatif et participant à l'élaboration des politiques	60	2,08(1,197)	1	5
Fréquence d'entreprendre ou de diriger le développement d'approches novatrices visant l'amélioration des résultats relatifs aux patients, aux professionnels de la santé et/ou l'organisation	60	2,02(1,228)	1	5
Fréquence pour favoriser l'utilisation optimale des ressources de soins infirmiers dans la prestation de soins	60	2,23(1,320)	1	5
Fréquence pour préconiser l'avancement des méthodes de prestation des services infirmiers spécialisés	60	1,98(1,242)	1	5
Fréquence pour gérer ou surveiller les budgets des programmes et/ou des unités	60	1,62(1,166)	1	5
Fréquence pour participer au recrutement et à la supervision du personnel	60	1,88(1,223)	1	5
Fréquence pour prendre part au processus d'évaluation du rendement du personnel	60	1,80(1,038)	1	5
Fréquence pour assurer la coordination entre le personnel et les activités de soins	60	1,98(1,396)	1	5
Fréquence pour identifier et prioriser les actions à entreprendre pour améliorer la qualité des soins offerts au patient	60	2,37(1,390)	1	5
Fréquence pour surveiller et/ou évaluer les pratiques de soins et les résultats qui en découlent afin d'assurer la sécurité des patients et du personnel	60	2,10(1,349)	1	5
Fréquence pour préconiser une culture organisationnelle qui soutient la croissance professionnelle	60	2,25(1,492)	1	5
Leadership organisationnel	61	2,12(1,048)	1	5

5- Perfectionnement académique

Variabes	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence de diffusion des connaissances acquises au moyen de la recherche par l'intermédiaire de présentations et/ou de publications	60	1,72(1,027)	1	5

Fréquence pour participer à des projets se déroulant en collaboration avec des établissements d'enseignement	60	1,53(0,747)	1	5(4)
Fréquence pour conserver une nomination universitaire conjointe afin de faire partie du corps professoral clinique qui offre un encadrement aux infirmières prédiplômées et diplômées	60	1,20(0,576)	1	5(4)
Fréquence à miser sur la pratique réflexive pour accroître la compétence et stimuler la croissance professionnelle	60	2,10(1,285)	1	5
Fréquence de prendre part à des activités de formation continue	60	2,57(0,963)	1	5
Fréquence pour s'associer à des organisations professionnelles pour influencer la prise de décisions en matière de soins	60	1,65(0,840)	1	5(4)
Fréquence pour mettre à profit sa compréhension du cadre législatif et des enjeux sociopolitiques pour influencer la prise de décisions en matière de soins de santé	60	1,90(1,189)	1	5
Perfectionnement académique	60	1,81(0,614)	1	5(4)

6- Consultation

Variables	Effectif	Moyenne (Écart-type)	Minimum	Maximum
Fréquence d'offrir une consultation de cas visant à répondre aux besoins en santé complexe de patients ou des familles	60	2,50(1,372)	1	5
Fréquence d'offrir une consultation visant à répondre aux besoins en santé de patients ou des familles en situation de crise	60	2,37(1,426)	1	5
Fréquence pour offrir une consultation visant à améliorer la prestation des services de soins infirmiers	60	2,52(1,432)	1	5
Fréquence pour offrir une consultation visant à améliorer la prestation des services de santé	60	2,40(1,368)	1	5
Fréquence pour offrir une consultation visant à informer le développement de politiques et de pratiques en matière de santé	60	2,07(1,219)	1	5
Fréquence pour offrir une consultation visant à améliorer les programmes d'enseignement infirmier	60	1,75(0,968)	1	5(4)
Consultation	60	2,27(0,965)	1	5(4)

