



Université du Québec
à Rimouski

**BARRIÈRES ET FACILITATEURS RENCONTRÉS PAR LE
PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS DES
CLSC RURAUX LORS D'URGENCE NÉCESSITANT UN
TRANSFERT VERS UN CENTRE HOSPITALIER**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© CAMILLE BISSON-CAUCHON

Septembre 2025

Composition du jury :

Sophie Boisvert, présidente du jury, Université du Québec À Rimouski

Lily Lessard, directrice de recherche, Université du Québec À Rimouski

Jacynthe Dufour, évaluatrice, Université du Québec à Rimouski

Marie-Philippe Tremblay, examinatrice externe, CISSS de Chaudière-Appalaches

Dépôt initial le 10 janvier 2025

Dépôt final le 16 septembre 2025

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « *Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse* ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Ce mémoire est dédié à plusieurs personnes :

Premièrement, il est destiné à une enfant de huit ans qui n'aime pas l'école. Celle qui a l'impression d'être l'élève la moins intelligente de sa classe. Celle qui a l'impression de toujours décevoir ses parents et ses grands-parents. Celle qui rêve de s'évader dans la forêt, avec plein d'animaux et d'insectes, lorsqu'elle regarde par la fenêtre durant ses cours de mathématiques.

Ce mémoire est aussi dédié à une jeune fille de douze ans, nouvellement adolescente, qui vient d'apprendre qu'elle va devoir recommencer son secondaire 1. Celle qui vient de comprendre qu'elle fait maintenant partie de ceux et celles qui auront « doublé » au moins une fois dans leur vie. Celle dont le plus grand désir est de pouvoir abandonner le secondaire le plus vite possible.

Je dédie aussi ce mémoire à une jeune femme de vingt-trois ans. Celle qui tente de trouver sa place. Celle qui a reçu un diagnostic de TDAH quelques années auparavant. Celle qui apprend avec difficulté qu'elle ne pourra jamais être bonne dans tout, même si elle fait tous les efforts possibles. Celle qui pense parfois à abandonner la technique en soins infirmiers. Celle qui, malgré tout ce qu'elle a parcouru, ne se connaît pas encore très bien et qui ne s'aime pas autant qu'elle le devrait.

Finalement, ce mémoire est aussi pour une femme de trente-deux ans qui se demande si elle arrivera un jour à terminer sa maîtrise. Celle qui est beaucoup plus forte qu'elle le croit et qui se relèvera d'un immense découragement plus rapidement qu'elle le pense.

Ce mémoire m'est dédié. À moi et à tout ce que j'ai été.

Il est aussi dédié à toutes les personnes qui peuvent se reconnaître dans ce texte. Il est dédié aux personnes qui n'ont pas toujours été bonnes à l'école. À celles qui n'auraient jamais pensé être capables de faire des études supérieures. À nous de prouver le contraire si nous le souhaitons.

REMERCIEMENTS

Il me doit de remercier chaleureusement le Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, particulièrement la Direction des soins infirmiers, pour m'avoir donné l'opportunité de réaliser ce mémoire. Je remercie aussi toutes les personnes partenaires et collaboratrices à ce projet, principalement les équipes des services courants des CLSC ruraux visités. Grâce à vous, j'ai pu découvrir la ruralité et la magnifique région de Chaudière-Appalaches. J'ai une pensée spécifique pour feu Denise Hébert, ancienne chef de service de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), que je n'ai pas eu la chance de connaître, mais qui a contribué énormément à l'UCCSPU et à son soutien auprès des CLSC.

Je remercie aussi la Fondation de l'Université du Québec à Rimouski pour le financement précieux qui m'a été octroyé.

Je n'aurais jamais été en mesure de réaliser ce mémoire sans l'aide de plusieurs personnes. Celles-ci ont supporté sans broncher mes remises en question existentielles et mes microclimats imprévisibles d'humeur qui fluctuaient d'un extrême à l'autre au fil des sessions et des cycles lunaires.

Je remercie en premier Antoine Bérubé, mon précieux conjoint, l'amour de ma vie et mon meilleur ami. Je n'aurai pas été bien loin sans ses encouragements et son soutien. Je le remercie aussi pour la rigueur qu'il a tentée de me partager, presque toujours sans succès. Je remercie chaleureusement les autres membres de ma famille qui ont cru fort en moi : ma mère Monique, mon père Richard, mon beau-père Pierre et mon oncle Jacques. Je remercie aussi deux personnes qui sont décédées durant la rédaction de ce mémoire, mais qui m'ont toujours encouragée dans mes études, et ce depuis que je suis toute petite : ma grand-mère Claire et ma tante Judith. Je tiens aussi à remercier ma belle-famille, spécifiquement mes

beaux-parents, Martyne et Sylvain, pour leurs encouragements et pour le partage de leur chalet lors de séances de rédactions qui m'auront été plus que nécessaires.

Je remercie tous mes collègues de la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS) qui m'ont encouragé et partagé énormément de conseils. Je remercie spécifiquement Joanie Turmel, Maude Lessard et Ariane Plaisance. Ces personnes auront appris à l'introvertie trentenaire que je suis que la motivation se trouve plus facilement lorsqu'on est bien entouré. Je remercie aussi Nancie Allaire pour ses encouragements chaleureux et pour son intérêt jovial envers la progression, parfois très nébuleuse, de ce mémoire. Je dis un immense merci à Lily Lessard, ma directrice : merci d'avoir continué de croire en moi quand moi-même je n'y croyais plus. Je remercie aussi Dominique Beaulieu, ma directrice de programme, qui m'a aussi supportée avec sa patience et son humour.

Finalement, je remercie mes précieuses amies (Audrey B., Anne-Marie, Véronique et Audrey L.) qui, sans nécessairement connaître beaucoup le monde universitaire de 2^e cycle, m'écoutaient lorsque j'avais un trop-plein d'émotions ou quand j'étais découragée. Elles m'ont offert un espace d'écoute sans jugement et ce fut grandement apprécié.

Merci encore tout le monde !

AVANT-PROPOS

L'aspect de la ruralité est souvent oublié dans les prises de décisions. L'impression est que ce sont souvent les réalités urbaines qui prévalent en matière d'organisation des soins et des services de santé et qui sont appliquées sur l'ensemble d'un territoire combinant des réalités urbaines et rurales. Ce mémoire focalisera sur l'importance de considérer la ruralité dans ses différentes facettes.

Contexte de réalisation de ce mémoire

Ce mémoire focalise sur une partie d'un projet plus vaste. En 2019, la DSI du CISSS de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA) a sollicité la Chaire interdisciplinaire sur la santé et les services sociaux pour les populations rurales (CIRUSSS) afin de savoir comment mieux soutenir son personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux lors d'urgence nécessitant un transfert. Avec l'arrivée de la pandémie reliée au coronavirus et les restrictions sanitaires reliées, le projet a été en mode ralentie en 2020. C'est seulement en été 2021 que le projet a véritablement été redémarré.

Pour pouvoir mieux soutenir le personnel infirmier dans ce contexte, nous avons désiré mieux comprendre la ruralité et la gestion des urgences. Ainsi, entre 2021 et 2022, des CLSC ont été visités, tout en rencontrant plusieurs personnes collaboratrices faisant partie des équipes infirmières locales à cette recherche. Un processus délibératif avec ces équipes, incluant leurs gestionnaires, et l'équipe de la DSI dans le cadre de plusieurs échanges et retours sur le terrain a été débuté pour documenter la situation ainsi que d'identifier et créer les moyens de soutenir les équipes pour différents types de situation urgente.

Dans l'optique de répondre aux exigences du programme de maîtrise en sciences infirmières à l'UQAR, ce présent mémoire présente les deux premiers objectifs de cette recherche qui s'inscrivaient davantage dans un processus de recherche scientifique : 1. L'exploration d'éléments qui facilitent et qui portent obstacles à la gestion des urgences par le personnel infirmier des services courants dans les CLSC ruraux du Québec ; 2. L'identification des besoins en soutien des personnes infirmières des services courants des CLSC ruraux afin de mieux les outiller lors des situations d'urgence.

Les deux autres objectifs de ce projet, qui ne seront pas présentés dans ce mémoire, étaient : 3. Préciser les rôles et responsabilités attendues du personnel infirmier des services courants des points de services CLSC éloignés et de leurs partenaires ainsi que les interactions entre eux lors des situations impliquant une personne usagère nécessitant un transport d'urgence vers un centre hospitalier ; 4. Déterminer la trajectoire de soins idéale dans le contexte des milieux éloignés, pour les personnes présentant une condition nécessitant un transport d'urgence vers un centre hospitalier.

Écriture inclusive

Le masculin en soins infirmiers est aussi souvent oublié. Le non genré et l'inclusivité aussi. Le féminin prédomine, ce qui a du sens puisque la grande majorité des personnes infirmières au Québec sont des femmes. Ce mémoire désire tout de même rester inclusif, en incluant toutes les identités de genre. Pour cette raison, un langage épïcène a été favorisé.

RÉSUMÉ

Cette recherche qualitative collaborative explore les moyens pour mieux soutenir le personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux lors de situations d'urgence nécessitant un transfert vers un centre hospitalier. Les personnes collaboratrices, considérées comme des membres de l'équipe de recherche, incluaient des membres des équipes locales de quatre CLSC ruraux de la région de Chaudière-Appalaches. Le devis de recherche reposait sur une étude de cas multiples. Les entretiens et visites dans ces milieux visaient à mieux comprendre les dynamiques liées à la gestion des urgences. Les résultats, analysés à l'aide d'un cadre écosystémique (Smith et al., 2019), ont permis d'identifier des barrières et des facilitateurs, ainsi que des caractéristiques aux situations d'urgence, telles que l'environnement où elles se déroulent, leur imprévisibilité et leur rareté. Ces caractéristiques interagissent avec les obstacles et éléments facilitants, révélant la nature multidimensionnelle et complexe de la gestion des urgences en milieu rural. Les barrières et facilitateurs identifiés sont davantage présents dans la microsphère et la mésosphère. Ce constat permet de réaliser que les équipes infirmières et les personnes gestionnaires locales peuvent avoir un impact important pour influencer ces éléments. La comparaison entre un CLSC insulaire et isolé avec d'autres CLSC éloignés ou très éloignés, mais accessibles par route, a mis en lumière des distinctions importantes en termes de barrières et de facilitateurs. Cette recherche a permis de cerner des besoins spécifiques pour mieux outiller le personnel infirmier face aux urgences. Parmi les priorités identifiées figurent : l'importance d'une formation initiale, continue et pratique adaptée au contexte rural et aux situations d'urgence; le recours au mentorat pour soutenir le personnel novice; et l'intégration de services de télésanté pour renforcer le soutien clinique. En somme, cette recherche contribue aux connaissances québécoises sur la pratique infirmière en milieu rural en contexte d'urgence. Elle souligne l'importance de comprendre les particularités et les besoins des communautés rurales afin de concevoir des solutions et des outils adaptés à leurs réalités. Ces résultats offrent des pistes concrètes pour améliorer la préparation et le soutien des équipes infirmières, tout en favorisant une meilleure équité dans l'accès aux soins d'urgence pour les populations rurales.

Mots clés : CLSC, Services courants, soutien, besoin, outiller, soins infirmiers, urgence, ruralité, transferts

ABSTRACT

This collaborative qualitative research explores ways to support nursing staff in the general services of rural CLSCs during emergency situations requiring transfers to a hospital. The collaborators, considered as members of the research team, included members of local teams from four rural CLSCs in the Chaudière-Appalaches region. A multiple case study design was used. Interviews and site visits aimed to better understand the dynamics of emergency management in these settings. The findings, analyzed through an ecosystems framework (Smith et al., 2019), identified barriers, facilitators, and specific characteristics of emergencies, such as the environment in which they occur, their unpredictability, and their rarity. These characteristics interact with barriers and facilitating factors, revealing the multidimensional and complex nature of emergency management in rural settings. The identified barriers and facilitators are predominantly situated within the microsphere and mesosphere levels. This observation underscores the significant impact that nursing teams and local managers can have on influencing these elements. A comparison between an isolated insular CLSC and other remote or very remote CLSCs accessible by road highlighted important distinctions in terms of barriers and facilitators. This research also identified specific needs to better equip nursing staff in managing emergencies. Key priorities include the importance of initial, ongoing, and practical training tailored to the rural context and emergency situations; the use of mentorship to support novice staff; and the integration of telemedicine services to strengthen clinical support. In conclusion, this research contributes to Quebec's knowledge on rural nursing practice in emergency contexts. It emphasizes the importance of understanding the specificities and needs of rural communities to develop solutions and tools tailored to their realities. These findings offer concrete pathways to improve the preparedness and support of nursing teams while promoting greater equity in access to emergency care for rural populations.

Keywords: CLSC, general services, support, needs, tools, nursing care, emergency, rurality, transfers

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	viii
AVANT-PROPOS	x
RÉSUMÉ.....	xiv
ABSTRACT	xv
TABLE DES MATIÈRES	xvi
LISTE DES TABLEAUX.....	xix
LISTE DES FIGURES.....	xxi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	xxiii
INTRODUCTION GÉNÉRALE.....	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE.....	3
1.1 OBJECTIFS DE RECHERCHE	8
1.2 PERTINENCE DE CETTE RECHERCHE POUR LA PRATIQUE INFIRMIERE	9
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	11
2.1 STRATEGIES POUR LA RECENSION DES ECRITS	11
2.2 PRATIQUE INFIRMIERE EN MILIEU RURAL	23
2.2.1 Réalités et défis de la pratique infirmière en milieu rural	23
2.2.2 Organisation du travail et identité professionnelle en ruralité	27
2.3 BESOINS ET SOLUTIONS DES PERSONNES INFIRMIERES EN MILIEUX RURAUX	31
2.3.1 Besoins spécifiques selon les situations d'urgences.....	31
2.3.2 Outils et méthodes de soutien : des solutions connues proposées.....	33
2.4 SOUTIEN DE LA TELESANTE	40
CHAPITRE 3 CADRE THÉORIQUE.....	45

3.1 ÉTAPES DES COMPETENCES DE LA PRATIQUE INFIRMIERE	45
3.2 CADRE ECOSYSTEMIQUE DES BARRIERES ET FACILITATEURS DE LA PRATIQUE INFIRMIERE EN MILIEU NON METROPOLITAIN	46
3.2.1 Présentation du cadre de Smith et al. (2019)	46
3.2.2 Justification et utilisation du cadre	48
CHAPITRE 4 MÉTHODE	50
4.1 DEVIS DE RECHERCHE.....	50
4.2 TERRAIN DE L'ETUDE.....	52
4.2.1 Région de Chaudière-Appalaches	52
4.2.2. Population à l'étude : services courants des CLSC ruraux de Chaudière-Appalaches.....	53
4.2.3 Échantillon et méthode d'échantillonnage des CLSC ruraux.....	55
4.2.4 Instruments de la collecte de données.....	58
4.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES	63
4.4 CRITERES DE SCIENTIFICITE	65
CHAPITRE 5 RÉSULTATS DE RECHERCHE	67
5.1 OBJECTIF 1 : EXPLORER LES ELEMENTS FACILITANTS ET LES OBSTACLES A LA GESTION DES URGENCES PAR LE PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS	67
5.1.1 Explications des schémas.....	67
5.1.2 CLSC de Saint-Jean-Port-Joli	69
5.1.3 CLSC de Saint-Pamphile	75
5.1.4 CLSC de L'Isle-aux-Grues	80
5.1.5 CLSC du Lac-Etchemin.....	90
5.1.6 Milieux combinés.....	97
5.2 OBJECTIF 2 : IDENTIFIER LES BESOINS EN SOUTIEN DU PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS AFIN DE MIEUX LES OUTILLER LORS D'URGENCE.....	110
Chapitre 6 DISCUSSION	124
6.1 PERTINENCE DU CADRE THEORIQUE DE SMITH ET AL. (2019) EN LIEN AVEC LES CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION D'URGENCE, LES BARRIERES ET LES FACILITATEURS.....	124
6.2 ÉLEMENTS FACILITANTS ET OBSTACLES OBSERVES ET RECHERCHES ANTERIEURES	128

6.3 PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS EN MILIEU RURAL POUR FAIRE FACE AUX URGENCES	131
6.4 LIMITES ET FORCES DE CETTE RECHERCHE	134
6.5 RECOMMANDATIONS.....	135
6.5.1 Recommandations pour la formation	135
6.5.2 Recommandations pour la gestion	136
6.5.3 Recommandations pour la recherche	137
6.5.4 Recommandations pour les politiques professionnelles.....	137
CONCLUSION GÉNÉRALE	139
ANNEXE I	141
ANNEXE II.....	143
ANNEXE III	147
RÉFÉRENCES.....	153

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Termes de la recherche utilisés pour la recension des écrits	13
Tableau 2. Critères de sélection des articles lors de la lecture du résumé OU lors de la première lecture	16
Tableau 3. Articles retenus sur « comment mieux outiller les infirmières des milieux ruraux lors de situations d’urgence ? »	21
Tableau 4. Caractéristiques des quatre CLSC (cas) à l’étude	58
Tableau 5. Profil des personnes collaboratrices ayant participé à la collecte de données	62
Tableau 6. Besoins en soutien nommés ou identifiés par le personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux lors de situations d’urgence	111
Tableau 7. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à la formation	112
Tableau 8. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à l’organisation du travail en prévision des urgences	115
Tableau 9. Solutions suggérées pour répondre aux besoins concernant l’UCCSPU	120
Tableau 10. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à la pratique infirmière	122
Tableau 11. Les facilitateurs identifiés	125
Tableau 12. Les barrières identifiées	126

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux	19
Figure 2. Cadre de Smith et al. (2019) sur les barrières et facilitateurs, selon les sphères du macro, meso et micro, qui influencent la pratique infirmière avancée dans les milieux ruraux d’Australie.....	47
Figure 3. Carte du niveau d’éloignement des services courants des CLSC de Chaudière-Appalaches	54
Figure 4. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de SJPJ	71
Figure 5. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de SP	77
Figure 6. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de l’IAG	82
Figure 7. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière du LE	92
Figure 8. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière (tous les milieux)	98

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AR	Agglomération de recensement
CA	Chaudière-Appalaches
CAUCA	Centrale d'appels d'urgence Chaudière-Appalaches
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CISSS-CA	Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches
CLSC	Centre local de services communautaires
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DRS	Douleur rétro-sternale
DSI	Direction des soins infirmiers
ECG	Électrocardiogramme
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
HDL	Hôtel-Dieu de Lévis
HM	Hôpital de Montmagny
HSG	Hôpital de Saint-Georges
HTM	Hôpital de Thetford Mines
IAG	Isle-aux-Grues

INSPQ	Institut national de la santé publique du Québec
LE	Lac-Étchemin
MRC	Municipalités régionales de comté
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
RCR	Réanimation cardio-respiratoire
RMR	Région métropolitaine de recensement
RMU	Répartition médicale d’Urgence
SJPJ	Saint-Jean-Port-Joli
SP	Saint-Pamphile
SPU	Services Préhospitaliers d’Urgence
STAT	Immédiatement
TIC	Technologies de l’information et des communications
TNKase	Nom commercial de Ténecteplase, médicament thrombolytique
UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d’urgence
ZIM	Zone d’influence métropolitaine de recensement

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Environ 18 % de la population québécoise habite en région rurale (Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie, 2023). Dans un contexte de ruralité, il peut y avoir des enjeux d'accès à un hôpital en raison des distances, du temps pour s'y rendre et les moyens de transport disponibles. Les cliniques, Groupe de médecine de famille (GMF) et Centre locaux de services communautaires (CLSC) sont donc parfois les endroits les plus proches pour obtenir des soins et des services de santé.

Il n'est pas rare que des personnes se présentent au CLSC local pour des problèmes de santé urgents qui dépassent le mandat de l'établissement. Les rôles habituels du personnel infirmier sont alors surpassés, même si les compétences peuvent varier d'une personne infirmière à l'autre. Le personnel infirmier a tout de même la responsabilité de stabiliser la personne usagère jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. Malgré leur formation, maintenir des compétences en soins d'urgence devient difficile pour les personnes infirmières des services courants des CLSC ruraux, puisque ces événements ne sont pas fréquents. La gestion de ces urgences devient aussi un facteur de stress pour le personnel infirmier en milieu rural, dont plusieurs personnes infirmières novices. Il devient important de trouver des solutions, autant pour réduire les inégalités d'accès à des soins de qualité pour les populations rurales que pour mieux outiller et soutenir le personnel infirmier des CLSC ruraux.

Ce mémoire contient six chapitres. Le premier chapitre présente la problématique et les objectifs de recherche. Le deuxième chapitre expose les résultats d'une recension des écrits qui s'intéresse au moyen de mieux outiller les personnes infirmières des milieux ruraux lors de situations d'urgence. Le chapitre trois présente le cadre théorique écosystémique de Smith et al. (2019) sur les facilitateurs et barrières à la pratique infirmière en milieu éloigné. Le quatrième chapitre présente la méthode avec le devis de recherche collaboratif ainsi que le terrain de l'étude, les considérations éthiques et les critères de scientificité. Le chapitre

cinq détaille les résultats de recherche selon les objectifs et le sixième chapitre porte sur la discussion de ces résultats et de la pertinence du cadre théorique. Les recommandations y sont aussi présentées, ainsi que les limites de cette recherche.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Au Québec, environ 18 % de la population habite en région rurale (Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie, 2023), ce qui ressemble au reste du Canada (Statistique Canada, 2021). Il existe toutefois plusieurs façons de définir la ruralité. Au Québec, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) emprunte la définition de Statistique Canada (2018) qui différencie trois types de zones rurales établis en fonction de l'influence des zones métropolitaines (ZIM) : faible ou nulle ; modérée et forte (INSPQ, 2019). Au Québec, les personnes vivant dans une de ces trois zones rurales présentent des caractéristiques associées à des vulnérabilités, comme un plus faible niveau de scolarité, davantage de chômage et un revenu plus faible que celui des personnes vivant en zones urbaines (INSPQ, 2019). Toujours comparées aux populations urbaines, les populations québécoises rurales ont des taux plus élevés de mortalités liées au cancer du poumon, aux cardiopathies ischémiques, aux maladies vasculaires cérébrales, aux maladies pulmonaires obstructives chroniques, aux gripes et pneumopathies, aux suicides et aux accidents de véhicules motorisés (INSPQ, 2019). L'espérance de vie à la naissance est moins élevée pour les personnes vivant dans les milieux ruraux québécois, autant chez les hommes que pour les femmes¹ (INSPQ, 2019). Bien que ces constats soient basés sur une moyenne des trois ZIM rurales, ces caractéristiques associées à la vulnérabilité sont plus présentes ou démarquées chez les personnes qui habitent dans des ZIM faible ou nulle (INSPQ, 2019). Autrement dit,

¹ Il n'est pas spécifié par l'INSPQ si ces données ont été obtenues en se basant sur le sexe assigné à la naissance ou à l'identité de genre. Il ne semble pas y avoir de distinction entre les personnes cisgenres et celles trans. Aucune donnée n'est actuellement disponible pour les personnes intersexes et pour les personnes ayant une identité de genre non-binaire, aggenre ou genderfluide.

plus qu'une municipalité est éloignée des grands centres, plus ses personnes citoyennes ont des caractéristiques en santé associées à la vulnérabilité.

Parmi les nombreuses raisons qui pourraient expliquer les différences au niveau de la santé des populations rurales, il faut souligner les enjeux d'accès à un hôpital pour y recevoir des soins généraux ou même d'urgence notamment en raison des distances, des moyens ou du temps pour s'y rendre. Les cliniques, GMF et les CLSC sont parfois les endroits les plus proches pour obtenir des soins et des services de santé. Aussi, il n'est pas rare que des personnes s'y présentent pour des problèmes de santé nécessitant une prise en charge rapide et qui dépassent le mandat de ces établissements ruraux, surpassant les rôles et les compétences des personnes y travaillant, dont le personnel infirmier.

Ces conséquences amènent des inégalités dans l'accès et dans la qualité des soins d'urgence pour les populations rurales, comparativement aux populations urbaines, notamment en raison des délais pour accéder à toute la gamme de service que requièrent ces situations. Une étude de Fleet et al. (2019) s'est intéressée à la différence du taux de mortalité chez les personnes admises dans des services d'urgence d'hôpitaux dits ruraux et celui des personnes admises dans des services d'urgence urbains, à la suite d'un trauma physique. Avec des données récoltées de 2009 à 2013 au Québec, cette étude indique que la probabilité du taux de mortalité est trois fois plus élevée pour les personnes traitées dans une urgence rurale que celles traitées dans un centre spécialisé en traumatologie. Bien que le taux de mortalité ait diminué entre 2009 et 2013 pour les deux milieux, l'écart entre les deux demeure toujours aussi important (Fleet et al., 2019). Cette réalité s'expliquerait notamment par un temps de transport plus long et par une limitation des ressources et des services disponibles dans les milieux ruraux (Jarman et al., 2016 dans Fleet et al., 2019). Cette iniquité pour la population rurale amène des questionnements quant à la capacité du système public de santé d'offrir un accès similaire à des soins et les mêmes chances de survies à chaque personne (Fleet et al., 2019).

En plus des traumatismes, d'autres situations de santé peuvent être influencées par le temps et les délais avant de recevoir les soins requis. Par exemple, lorsqu'une personne est atteinte

d'un infarctus du myocarde avec une élévation du segment ST (STEMI), les bénéfices finaux sont supérieurs lorsqu'elle reçoit rapidement une angioplastie coronaire comme traitement, plutôt qu'une thrombolyse (de Boer et al, 2010 dans Tanguay et al., 2015). L'angioplastie coronaire, aussi appelée intervention coronarienne percutanée (ICP), est une procédure qui consiste à gonfler un ballonnet dans l'artère du cœur qui est bloquée dans le but de l'élargir puisqu'il y a une obstruction, causant l'infarctus (Coeur et AVC, 2023; Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa, 2023). Dans tous les cas, les recommandations concernant l'angioplastie coronaire indiquent qu'il y a un délai maximum de 90 minutes entre les premiers contacts des personnes professionnelles de la santé et l'inflation du ballonnet (O'Gara et al, 2013 dans Tanguay et al., 2015). Dans les communautés rurales en Amérique du Nord, les délais de transport vers les hôpitaux constituent un défi à l'accès aux angioplasties coronaires chez les personnes ayant un infarctus STEMI (Tanguay et al., 2015). Une thrombolyse constituerait une alternative appropriée lorsqu'une personne n'a pas accès à une angioplastie coronaire dans les délais opportuns (Lambert et al, 2010 dans Tanguay et al., 2015). La thrombolyse coronarienne, parfois nommée fibrinolyse, consiste en une injection intraveineuse, en perfusion continue ou parfois administrée une seule fois sous forme de bolus (Lejeune et Tardif, 2017). Bien que la thrombolyse soit une bonne alternative lorsqu'il est impossible d'avoir accès à une angioplastie, les bénéfices de l'angioplastie sont supérieurs (Tanguay et al., 2015).

Les CLSC, cliniques et GMF du Québec rural deviennent souvent des portes d'entrée pour des personnes usagères qui présentent une situation de santé grave pouvant nécessiter un transfert d'urgence, en raison de l'éloignement des hôpitaux les plus proches (que ce soit en distance ou en temps de transport). Pour le personnel de santé travaillant à ces endroits, cela implique souvent de stabiliser ces personnes en attendant l'arrivée de l'ambulance et de son personnel paramédical. Le personnel infirmier, dont celui des services courants travaillant dans des CLSC ruraux, doit parfois intervenir dans ces rares situations d'urgence, malgré le manque d'exposition pour ce type de soins qui requiert des compétences et habiletés éloignées de leur quotidien. Ces situations peuvent présenter un stress significatif

pour plusieurs personnes de l'équipe, qui sont au fait que leurs interventions peuvent être vitales pour les personnes usagères.

Ces équipes, dont le personnel infirmier, travaillant et habitant dans des milieux ruraux doivent aussi composer avec le contexte de parfois connaître les personnes recevant les soins et services, ce qui amène une composante émotionnelle particulière (Winters, 2021). Il peut notamment s'agir de personnes amies, du voisinage, etc. Si cette réalité peut parfois être positive, car certaines personnes infirmières affirment pouvoir donner de meilleurs soins lorsqu'elles connaissent la personne, le fait de donner des soins à des personnes très proches de soi peut être une expérience émotionnelle intense, voire angoissante (Winters, 2021).

Ces personnes infirmières, qui travaillent en ruralité, adoptent souvent un rôle infirmier élargi en réalisant de nombreuses tâches et techniques associées à différentes spécialités. Ainsi, dans une seule journée, ce personnel infirmier peut avoir une visite d'obstétrique, prodiguer des soins palliatifs et donner des soins d'urgence (Winters, 2021), même si les situations d'urgence sont peu fréquentes. Ce personnel joue donc un rôle crucial dans la trajectoire de soins lorsque surviennent des urgences en régions rurales. Cependant, le maintien de leurs compétences dans ce domaine constitue un défi, surtout si ce personnel infirmier est peu spécialisé en soins d'urgence ou s'il manque d'exposition aux situations reliées, comme pour les équipes des services courants des CLSC ruraux. Dans ces établissements, qui constituent un modèle unique dans le monde et qui ont la mission d'offrir des services de santé et sociaux de première ligne à la population de son territoire (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2023), c'est généralement le personnel infirmier des départements des services courants qui gèrera ces situations d'urgence.

Selon le Gouvernement du Québec, des services de première ligne se définissent comme des :

« Services de santé courants qui s'appuient sur des moyens diagnostiques et thérapeutiques relevant d'une structure légère, qui sont offerts localement et qui permettent de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes communs de santé de la population. Les services de première ligne sont offerts dans les CLSC, les cliniques et les hôpitaux généraux. » (Gouvernement du Québec, 2023)

Dans les CLSC, ces services de première ligne consistent principalement à évaluer les besoins de la clientèle et de mettre en place des services ou soins nécessaires offerts, soit dans l'établissement ou dans les milieux de vie (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2023). Lorsque nécessaire, le CLSC dirige sa clientèle vers des centres et services spécialisés, des organismes ou des personnes professionnelles pour offrir une aide plus adaptée (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2023). Les situations d'urgence ne sont pas des problèmes communs de santé dans ces établissements. Pour cette raison, le personnel infirmier des services courants ne peut offrir la même intensité de soins et services qu'un département d'urgence ou de soins critiques. Ainsi, si une personne se présente dans un CLSC rural pour des signes et symptômes qui laissent supposer une condition pouvant menacer sa vie ou son intégrité physique ou mentale à court terme, le mandat et la mission du CLSC seront ainsi rapidement dépassés. Il est important de spécifier qu'en milieu urbain, les personnes présentant une situation de santé demandant des soins d'urgence ne se dirigeront pas vers un CLSC, mais bien vers l'urgence d'un hôpital. Au Canada, les personnes professionnelles de la santé exerçant en milieu rural ne disposent pas toujours de formations spécifiques aux situations d'urgence, à l'exception de leur formation initiale et de la certification en réanimation cardio-respiratoire (RCR), qui doit être maintenue à jour. Par ailleurs, l'accès à la formation continue et au soutien approprié pour faire face à ces situations demeure limité (Bhimani et al., 2007; Hanvey, 2005 dans Martin et al., 2017). Pour les services courants des CLSC au Québec, même s'il est maintenant demandé que les nouvelles personnes infirmières en poste détiennent un baccalauréat, qui inclut une formation ainsi qu'un stage en soins critiques, l'expérience et les connaissances acquises dans ce domaine peut finir par se perdre, faute de pratique et d'exposition à des situations d'urgence. Cette exposition limitée, que ce soit au Québec, au Canada ou ailleurs dans le monde, rend difficile

le maintien des compétences de pointe et leur actualisation (Carter et al., 2012; Waymack et al., 2015 dans Martin et al., 2017).

De plus, il peut arriver qu'une seule personne infirmière travaille dans les services courants d'un CLSC rural. Les personnes infirmières nouvellement en poste et fraîchement graduées, ont souvent peu d'expertise en soins d'urgence. Elles doivent être prêtes à toute éventualité si jamais une urgence se présente, sans savoir si elles seront seules comme infirmière. Cette éventualité peut devenir rapidement anxiogène. Avec la pénurie de soins infirmiers et le roulement de personnel, qui est amplifié dans les milieux ruraux, ce stress supplémentaire peut être la cause d'un poste vacant ou d'une démission. Pour ces raisons, d'autres mesures doivent être implantées pour mieux soutenir le personnel infirmier qui redoute ces événements, dont l'appréhension d'être seule pour les gérer peut motiver un départ ou faire hésiter une personne à prendre un poste en milieu rural.

Cette problématique mène donc à la question de recherche suivante : « Comment, dans le contexte des CLSC ruraux, pouvons-nous mieux soutenir le personnel infirmier des services courants lors de situations d'urgence ? ».

1.1 OBJECTIFS DE RECHERCHE

La question de recherche et la problématique permettent d'orienter la formulation des objectifs de recherche. En effet, l'unicité du modèle québécois des CLSC ainsi que les particularités territoriales et professionnelles exigent l'acquisition de nouvelles connaissances, afin d'identifier des solutions adaptées à la question de recherche. Bien qu'il existe des articles internationaux sur les situations d'urgence en ruralité dans la recension des écrits, la réalité unique du Québec avec ses CLSC mérite une attention particulière pour proposer des solutions adaptées. Les deux objectifs de cette recherche sont donc :

1. Explorer les éléments qui facilitent, et ceux qui portent obstacles, à la gestion des urgences par le personnel infirmier des services courants dans les CLSC ruraux du Québec.
2. Identifier les besoins en soutien du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux afin de mieux les outiller lors des situations d'urgence.

Les situations d'urgence, rencontrées dans des CLSC ruraux, sont celles qui requièrent un transfert rapide vers un centre hospitalier. La suspicion d'une situation urgente, comme la possibilité d'un infarctus, est considérée comme urgente jusqu'à la confirmation du contraire. Il s'agit de toutes situations laissant supposer à la personne infirmière des services courants que la vie de la personne usagère pourrait être menacée si celle-ci ne reçoit pas des soins spécifiques dans un certain délai.

1.2 PERTINENCE DE CETTE RECHERCHE POUR LA PRATIQUE INFIRMIERE

Les résultats et recommandations de ce mémoire permettront un avancement concernant les façons de soutenir le personnel infirmier des services courants de CLSC ruraux ou éloignés, lors d'urgence. Dans cette recherche, une situation d'urgence implique un événement important qui peut amener une détérioration rapide de l'état du patient ou qui menace sa vie. Elle est en dehors des situations typiques normales qu'une personne infirmière des services courants rencontre durant sa journée de travail. Les soins reliés aux situations d'urgence exigent une expertise et/ou une dextérité importante, ainsi que parfois certains matériels et équipements. Les décisions prises et les outils créés à la suite des résultats de ce mémoire permettront de mettre en place des solutions aux défis rencontrés en ruralité lors de situations d'urgence.

Au Québec, le risque de mortalité lié aux traumatismes trois fois plus élevé en région qu'en milieu urbain, principalement en raison de délais d'intervention prolongés (Fleet et al., 2019). Pour réduire, voire atténuer, ces inégalités dans l'accès et la qualité des soins entre les

populations rurales et urbaines, il devient nécessaire d'identifier et de mettre en place des mécanismes adaptés aux situations qui dépassent le rôle habituel du personnel infirmier en services courants. En approfondissant la compréhension de la réalité vécue par les infirmières et infirmiers dans de tels contextes, ce mémoire contribuera à dégager des pistes d'action. Cette recherche est pertinente pour la pratique infirmière puisqu'elle pourra aussi améliorer la sécurité et la prévisibilité des soins et services offerts, en renforçant la préparation du personnel infirmier face aux situations d'urgence.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

Ce chapitre présente la recension des écrits liée à la question de recherche. En premier lieu, les différentes stratégies utilisées pour effectuer la recension seront abordées et expliquées. La recension sera ensuite présentée en trois parties, en commençant avec une brève description des étapes de compétence de la pratique infirmière de Benner (2021). La pratique infirmière en milieu rural avec ses réalités et défis, et l'unicité de cette pratique avec les enjeux des communautés rurales en santé et les répercussions sur la pratique infirmière seront ensuite explorés. Il y aura par la suite une section sur les exigences de la pratique infirmière en ruralité, et sur les défis supplémentaires pour le personnel infirmier débutant. L'organisation du travail et l'identité professionnelle en ruralité concluront cette partie. Ensuite, les besoins et solutions des personnes infirmières en milieux ruraux seront ensuite présentés, en explorant aussi des besoins spécifiques selon les situations d'urgence. Les outils et méthodes de soutien déjà connus seront abordés. Finalement, une section sur l'historique de la télésanté et ses termes reliés terminera ce chapitre.

2.1 STRATEGIES POUR LA RECENSION DES ECRITS

Les bases de données *CINAHL*, *MedLine/Pubmed* et *Google Scholar* et des concepts-clés (Tableau 1) ont été utilisés dans la recension. La technique de la perle a été appliquée avec *Google Scholar*. Des articles ont aussi été obtenus à la suite des suggestions de personnes contacts. Une personne bibliothécaire a aussi été consultée pour s'assurer de la bonne utilisation des concepts et des MeSH. Les critères pour les recherches documentaires incluaient une date de publication qui devait être plus récente ou égale à 2000, et l'anglais et/ou le français comme langues de rédaction. Vu la spécificité du sujet, l'année 2000 comme limite à la date de publication a été choisie. Ce critère aurait pu être modifié selon le nombre d'articles pertinents identifiés. Les noms des personnes autrices et le résumé devaient aussi

être présents dans le logiciel de références (Endnote) après l'exportation. Ce critère ne s'appliquait pas si l'article avait été obtenu via la liste de références d'un autre article. Les mots et termes qui ont été utilisés lors des recherches sont présentés dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Termes de la recherche utilisés pour la recension des écrits

Concept 1 Situations d'urgence		Concept 2 Personnes infirmières des services courants		Concept 3 Ruralité	Concept 4 Outils et méthodes de soutien	
Transfert*	Urgence*	Infirmière*	Services courants	Rural*	Soutien	Télémédecine
Transfer	Emergency	Nurse*	Primary health care	Remote	Assistance	Telemedicine
Discharge		Health care professional*	Primary care*		Help	Télésanté
Care facilit*		Health care worker*			Support	Telehealth
Interfacilit*		Health care team*			Guide*	
Interhospital*		Paramedics*			Guidance	
					Guideline*	
					Outils	
					Mentor*	

Le transfert et les situations d'urgence ont été considérés dans le même concept, puisque leur différenciation limitait les résultats dans les bases de données. Utilisé seul comme concept, le transfert amenait des articles qui s'éloignaient de la question de recherche, comme dans le cas d'un transfert d'une personne vivant dans un CHSLD vers un hôpital. Puisque le type de transfert d'intérêt de cette recherche était relié aux situations d'urgence, il a été davantage justifié de regrouper ces deux termes dans le même concept. De plus, les articles s'intéressant aux situations d'urgence qui n'incluaient pas de transfert étaient tout de même considérés pertinents pour cette recherche. Le deuxième concept, soit le personnel infirmier des services courants, possède aussi deux sous-catégories de termes. Le personnel infirmier a été élargi à l'ensemble d'une équipe de personnes professionnelles en santé et le personnel paramédical a aussi été inclus. Cette décision a été prise en considérant que certaines méthodes de soutien existantes pour d'autres personnes professionnelles pouvaient tout de même s'appliquer au personnel infirmier dans des situations et contextes similaires. L'équivalent des services courants d'un CLSC était difficile à trouver, puisqu'il s'agit d'un modèle québécois. Il a été traduit pour des soins de premières lignes, même si cette traduction n'est pas parfaite. Au moment de la recherche, il n'existait pas de terme exact pour définir le personnel infirmier travaillant dans des départements équivalents aux services courants et qui n'offrent pas de soins d'urgence dans leur quotidien. Le fait que la question de recherche s'intéressait à la fois à des situations d'urgence auprès de personnes professionnelles en santé qui n'étaient pas spécialisées en situation d'urgence amenait peu d'articles pertinents. Considérant l'état des connaissances actuel, il a été décidé d'inclure les articles jugés pertinents qui s'intéressaient aux personnes infirmières travaillant dans des départements d'urgences rurales. La raison derrière cette décision étant que des méthodes de soutien spécifiques au personnel d'urgence ou de soins critiques pourraient s'appliquer au personnel des services courants des CLSC ruraux. Le dernier concept qui représente les méthodes possibles de soutien a aussi été composé de deux termes : les outils et méthodes de soutien puis la télésanté. L'exercice de définir les méthodes de soutien fut complexe, puisque cela inclut plusieurs autres termes et concepts. Le soutien peut être autant l'écoute active du personnel infirmier auprès d'une nouvelle personne infirmière qu'une organisation de travail

différente qui vient diminuer les défis. Le soutien peut aussi être une solution à un défi verbalisé. La télésanté a été séparée pour mieux organiser cette section, puisqu'elle est parfois complémentaire à d'autres outils ou méthodes de soutien. De plus, la télésanté amène ses propres défis et enjeux, ce qui sera abordé plus loin dans ce chapitre. Le Tableau 2 ci-dessous montre comment la sélection des articles a été effectuée selon les concepts abordés.

Tableau 2. Critères de sélection des articles lors de la lecture du résumé OU lors de la première lecture

Critère	Description	Jugé excellent	Jugé acceptable	Jugé inacceptable
<u>Concept 1</u> Situations d'urgence	Urgence : La vie d'une personne est menacée ou des complications importantes sont envisagées si aucune intervention n'est faite. L'équipe locale de soins se doit de stabiliser la personne. Transfert : Un transfert d'un établissement de santé vers un hôpital ou centre hospitalier davantage spécialisé doit être effectué pour que la personne puisse recevoir des traitements.	L'article s'intéresse à une situation d'urgence ET à un transfert vers un hôpital.	L'article s'intéresse à une situation d'urgence OU à un transfert vers un hôpital.	L'article ne s'intéresse pas à une situation d'urgence NI à un transfert vers un hôpital.
<u>Concept 2</u> Personnes infirmières des services courants	Personnes infirmières : Personnes ayant le titre de personnel infirmier dans le pays dans lequel elles pratiquent. Services courants : Soins ou services de premières lignes. Départements qui ne sont PAS des urgences.	L'article s'intéresse aux personnes infirmières qui travaillent dans des départements ou établissements offrant des soins de première ligne et qui ne sont pas des urgences ni des départements de soins critiques.	L'article s'intéresse aux personnes infirmières, peu importe l'endroit de travail OU l'article s'intéresse à d'autres personnes professionnelles de la santé qui ne sont pas des personnes infirmières et qui travaillent dans des départements ou établissements offrant des soins de première ligne et qui ne sont pas des urgences ni des soins critiques.	L'article s'intéresse à d'autres personnes professionnelles de la santé, peu importe l'endroit de travail.

Critère	Description	Jugé excellent	Jugé acceptable	Jugé inacceptable
<u>Concept 3</u> Ruralité	Culture ou description d'une région ou d'une municipalité, selon le pays concerné, et qui fait partie de l'identité locale.	L'article possède la ruralité comme concept central dans ses recherches et partages.	L'article mentionne quelques fois la ruralité ou en fait la comparaison avec d'autres régions urbaines.	L'article ne mentionne aucunement la ruralité.
<u>Concept 4</u> Outils, méthodes de soutien	Tout ce qui peut apporter un soutien, allant de l'organisation du travail aux différents outils, comme la télésanté. Inclus aussi la formation, le mentorat et différentes solutions à des défis ou besoins.	L'article possède le soutien comme concept central dans ses recherches et partages.	L'article mentionne quelques fois des méthodes de soutien.	L'article ne mentionne aucune méthode de soutien.
<i>Pour être retenus, les articles devaient être jugés au minimum comme acceptables dans au moins DEUX des quatre concepts. Ils devaient aussi être jugés au minimum comme acceptables dans au moins UN de ces deux concepts : soins d'urgence et ruralité.</i>				

Une première recension des écrits a été réalisée en 2021. Il a été nécessaire de la répéter en 2024 pour mettre à jour les connaissances et retenir les articles publiés entre 2021 et 2024, en appliquant les mêmes critères. Ce deuxième tour de recension s'est finalement avéré d'une pertinence importante, puisque plusieurs articles s'intéressaient à de nombreux concepts de la question de recherche. Il semble y avoir eu une augmentation de l'intérêt envers ce sujet vers 2020.

Le diagramme de flux représenté à la Figure 1 ci-dessous montre le nombre d'articles exclus et retenus à chaque étape du processus. Le nombre d'articles (n) est différencié selon le moment des recherches : le premier nombre faisant référence à la recension initiale réalisée en 2021 et le deuxième nombre à la recension effectuée en 2024. Le nombre total d'articles qui combine les deux périodes de recensions est mis entre parenthèses à la fin. Finalement, 16 articles ont été retenus.

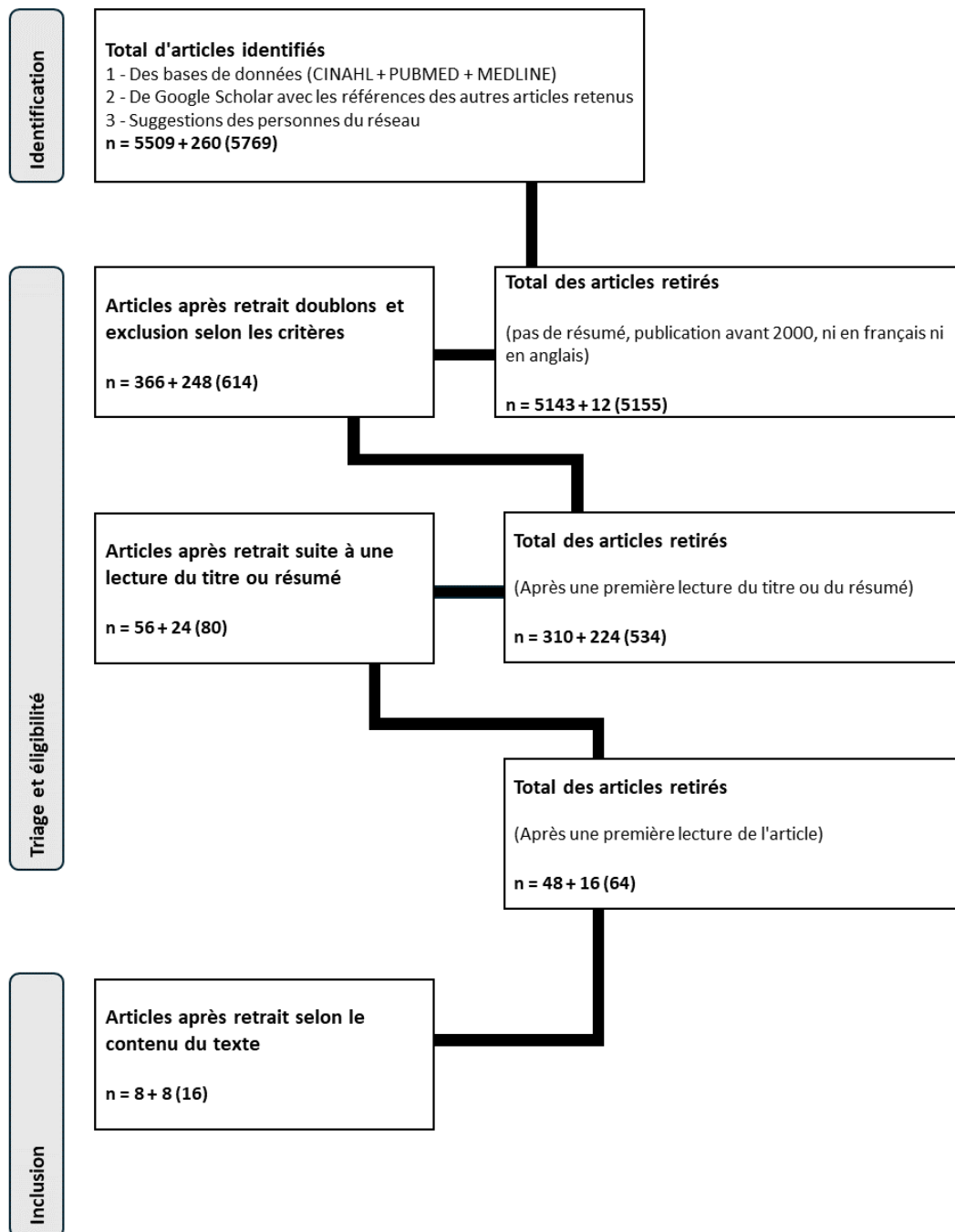


Figure 1. Diagramme de flux

Au total, 5769 articles ont été exportés dans le logiciel de gestion des sources documentaires (Endnote). Ces articles ont été trouvés via les termes et MeSH reliés des concepts déjà définis au Tableau 1.

Après le retrait des doublons, les articles qui ne respectaient pas les critères ont été retirés. Malgré les critères appliqués dans les bases de données, certains articles étaient dans une autre langue que le français ou l'anglais ou avaient été publiés plus tôt que 2000. Les articles qui n'avaient pas de titre, de personnes auteurs ou de résumé dans le logiciel de gestion des sources documentaires ont aussi été retirés. Il était important d'avoir le résumé accessible pour faciliter le triage des nombreux articles. Au total, 5155 ont été retirés à cette étape, réduisant le nombre d'articles à 614.

Une première lecture du titre a ensuite été effectuée pour exclure les articles non pertinents qui ne s'intéressaient pas aux concepts de cette étude. La lecture du résumé était nécessaire pour plusieurs articles pour valider cette pertinence, lorsque le titre ne donnait pas assez d'informations. Les critères du Tableau 2 plus haut ont donc été appliqués à cette étape. 534 articles ont été exclus et 80 ont été conservés.

Une première lecture a ensuite été effectuée pour ces 80 articles. La première lecture permettait la validation finale. 64 articles ont été exclus, puisqu'ils ne répondaient pas aux critères du Tableau 2. 16 articles ont été retenus pour la recension. Parmi ces articles, huit ont été retenus lors de la première recension des écrits, couvrant la période de 2000 à 2021. Un seul article publié avant 2015 a été retenu, soit celui de Moszcynski et Haney (2002). Malgré son année de publication, il a été jugé pertinent pour son origine canadienne et ses sujets qui répondaient aux critères du Tableau 2. Les huit autres articles ont été retenus lors de la deuxième recension, couvrant la période de 2020 à 2024, ce qui montre l'augmentation de l'intérêt envers les concepts de cette étude dans la littérature et la recherche. Le Tableau 3 ci-dessous présente les 16 articles retenus selon les concepts d'intérêts.

Tableau 3. Articles retenus sur « comment mieux outiller les infirmières des milieux ruraux lors de situations d'urgence ? »

Personne(s) auteure(s), date de publication – <i>Pays d'origine</i>	CONCEPTS D'INTÉRÊTS								
	Concept 1 Soins d'urgence		Concept 2 Personnes infirmières des services courants		Concept 3 Ruralité	Concept 4 Outils, méthodes de soutien		Autres concepts pertinents	
	Transfert	Urgence	Personnes infirmières	Services courants ou équivalents		Soutien, Outils	Télésanté, télémédecine	Besoins	Défis, stresseurs, enjeux, barrières
(Burrows et al., 2019) <i>Australie</i>		X	X		X			X	X
(Doucet et Rhéaume, 2020) <i>Canada</i>	X		X		X	X			X
(Hardy et Calleja, 2019) <i>Australie</i>			X		X			X	
(Hendrickx et Winters, 2017) <i>États-Unis</i>		X	X		X			X	
(Hutchinson et East, 2017) <i>Australie</i>			X		X	X	X	X	X
(McCarthy et al., 2020) <i>Canada</i>		X			X	X		X	
(McCullough et al., 2022) <i>Australie</i>			X	X	X	X		X	

Personne(s) auteure(s), date de publication – <i>Pays d'origine</i>	CONCEPTS D'INTÉRÊTS								
	Concept 1 Soins d'urgence		Concept 2 Personnes infirmières des services courants		Concept 3 Ruralité	Concept 4 Outils, méthodes de soutien		Autres concepts pertinents	
	Transfert	Urgence	Personnes infirmières	Services courants ou équivalents		Soutien, Outils	Télésanté, télémédecine	Besoins	Défis, stresseurs, enjeux, barrières
(McElroy et al., 2022) <i>Australie</i>			X		X	X		X	X
(Moszcynski et Haney, 2002) <i>Canada</i>	X	X	X		X			X	X
(Muirhead et Birks, 2019) <i>Australie</i>			X		X			X	X
(Patel et al., 2023) <i>Angleterre</i>		X			X	X		X	
(Pavloff et al., 2022) <i>Canada</i>					X	X		X	
(Riley et al., 2024) <i>Australie</i>		X	X		X		X	X	X
(Rusaanes et al., 2024) <i>Norvège</i>			X		X	X		X	X
(Thompson et al., 2019) <i>Australie</i>		X	X		X			X	X
(Wood et al., 2021) <i>Canada et Australie</i>		X	X		X		X	X	

2.2 PRATIQUE INFIRMIERE EN MILIEU RURAL

2.2.1 Réalités et défis de la pratique infirmière en milieu rural

La pratique infirmière en milieu rural comporte des spécificités faisant en sorte qu'elle se démarque par son unicité. D'un point de vue académique, différents cadres de références existent pour cette pratique rurale. L'Association Canadienne pour les soins infirmiers en milieu rural et éloigné (ACSRÉ) a comme mission de promouvoir, et de faire progresser la spécialité unique qu'est la pratique infirmière en zone rurale et éloignée, par le biais de la reconnaissance, la recherche, la formation et l'influence sur les politiques de santé en milieux ruraux et éloignés (Association Canadienne pour les soins infirmiers en milieu rural et éloigné, 2024). Avec la collaboration de personnes issues de cette association, Pavloff et al. (2022) ont élaboré un cadre de référence pour les soins infirmiers en milieu rural et éloigné.

Plusieurs écrits qui abordent les particularités de la pratique infirmière en milieu rural sont abordés dans différents programmes de formation, et ce dans plusieurs pays. Dans un des chapitres du livre de formation australien *Contexts of Nursing: An introduction*, Hutchinson et East (2017) se sont intéressés aux défis ainsi qu'aux bénéfices de la pratique infirmière en milieu rural. Il y est expliqué que la compréhension de l'influence de la ruralité sur la pratique infirmière est un exercice difficile à réaliser, principalement pour les personnes n'ayant jamais habité en régions rurales. La ruralité a plusieurs facettes et elle peut être géographique, populationnelle, mais aussi identitaire et culturelle. De plus, la ruralité n'est pas homogène. Hutchinson et East (2017) expliquent que la pratique infirmière rurale est fortement influencée par ces différentes facettes de la ruralité. Les personnes infirmières travaillant en ruralité ou en région isolée décrivent leur travail comme étant plus diversifiées qu'en milieu urbain, en plus d'offrir aussi des défis et opportunités uniques (Yates et al., 2013 dans Hutchinson et East, 2017). Ceci amène les personnes autrices à dire que la pratique

infirmière en ruralité serait l'un des domaines qui comportent le plus de défi, mais qui est aussi un des plus gratifiants.

Tout comme les populations rurales canadiennes, celles australiennes ont vécu, au cours des dernières décennies, des pertes de services, principalement liées à la diminution de la population des communautés plus éloignées au profit de celles des villes (Commonwealth of Australia, 2012; Grzybowski et al., 2011; ABS, 2013 dans Hutchinson et East, 2017). Comme au Québec, différentes municipalités rurales australiennes ont vécu la centralisation du système de santé, menant à la perte progressive de leurs hôpitaux locaux ou de leurs services d'urgences. Dans une revue parapluie norvégienne sur la formation des personnes étudiantes infirmières pour favoriser un avenir aux services de santé ruraux durables, Rusaanes et al. (2024) mentionnent le phénomène mondial de la pénurie de personnel infirmier, principalement en régions rurales (De Smedt et Mehus, 2017; Weinhold et Gurtner, 2014 dans Rusaanes et al., 2024). Tout comme le Canada, la Norvège vit un changement démographique de vieillissement de la population et d'exode des jeunes vers les villes, ce qui ajoute une pression et des demandes supplémentaires pour le système de santé (European Commission et al., 2021 dans Rusaanes et al., 2024). En déménageant en ville pour faire leurs études ou pour avoir plus d'opportunités d'emploi, le manque de jeunes adultes dans les zones rurales limite la possibilité d'avoir des soins procurés par la famille pour les personnes vieillissantes qui demeurent encore dans leurs municipalités rurales (De Smedt et Mehus, 2017 dans Rusaanes et al., 2024). Il semblerait que même si certaines municipalités rurales canadiennes ont récemment vécu une hausse de leur population, la quantité du personnel infirmier en milieu rural continue de diminuer (Pavloff et al., 2022).

Le personnel infirmier pratiquant en milieu rural doit répondre à plusieurs attentes et défis. Chaque collectivité rurale est unique, mais certaines observations peuvent être généralisées. En plus d'être touchées par l'augmentation du vieillissement, les populations rurales, principalement celles masculines, ont tendance à repousser leur demande pour des soins de santé. Ces populations sont plus concernées par leurs problématiques de santé si celles-ci diminuent leur productivité (McKay et al., 2012; Spleen et al., 2013 dans

Hutchinson et East, 2017). Cela a donc des retombées sur le personnel infirmier en zone rurale, puisque les personnes peuvent venir consulter tardivement avec des troubles de santé plus graves ou importants.

Puisqu'il répond aux différents besoins de sa population et parce qu'il agit autant en promotion de la santé qu'en situation d'urgence, le personnel infirmier est souvent reconnu comme étant la colonne vertébrale des soins de santé offerts en ruralité ou dans des régions éloignées (Hauenstein et al., 2014 dans Hutchinson et East, 2017). Au fur et à mesure que l'éloignement augmente, le nombre de personnes professionnelles en santé disponibles au sein des communautés diminue et l'étendue de la pratique des personnes infirmières s'élargit (Zibrik et al., 2010 dans Hutchinson et East, 2017).

Les soins infirmiers en milieu rural et éloigné demandent donc un degré élevé de responsabilité, de polyvalence et de compétences avancées, ainsi que plus d'autonomie (CRANaplus, 2016a dans Hutchinson et East, 2017). Le profil du personnel infirmier varie toutefois d'une façon significative. Attirer des personnes professionnelles expérimentées en régions rurales ou isolées semble être un défi continu (Commonwealth of Australia, 2012; Health Workforce New Zealand, 2016; Rowe et al., 2015 dans Hutchinson et East, 2017). La revue de la portée australienne de Burrows et al. (2019) a voulu en savoir davantage sur les besoins en soutien du personnel infirmier qui offre des soins d'urgence en régions rurales. Il est ressorti que les personnes infirmières travaillant en ruralité vivent fréquemment de l'isolement professionnel (Burrows et al., 2019).

Malgré le fait que le personnel infirmier en milieu rural puisse avoir davantage d'autonomie et maximiser l'étendue de leur rôle, celui-ci est aussi plus à risque de ressentir un stress considérable pour plusieurs raisons : manque d'expertise infirmière au sein de l'équipe, pénurie et roulement de personnel, mauvaise gestion, charge de travail élevée, responsabilités importantes, soutien et opportunités d'avancement professionnel faibles (Opie et al., 2010a; Yates et al., 2013 dans Hutchinson et East, 2017). De plus, les personnes infirmières travaillant en ruralité font souvent partie de la communauté à laquelle elles donnent des soins et services (Hounsgaard et al., 2013 dans Hutchinson et East, 2017). Elles

jouent un double rôle, soit celui d'infirmière, mais aussi de membre de la communauté. Cette absence d'anonymat et le mélange de la vie personnelle à celle professionnelle amènent des défis spécifiques pour la pratique infirmière (Ryan et McKenna, 2013; Zibrik et al., 2010 dans Hutchinson et East, 2017). Cette familiarité entre le personnel infirmier et les personnes usagères comporte à la fois des éléments positifs, comme la personnalisation des soins, et négatifs, comme les enjeux de confidentialité (MacLeod et al., 2018; Winters, 2021 dans Rusaanes et al., 2024). Finalement, le personnel infirmier en milieu rural fait face au défi d'être préparé à des conditions climatiques difficiles qui peuvent retarder ou entraver l'accès aux services de santé ou aux matériels reliés (De Smedt et Mehus, 2017; Winters, 2021 dans Rusaanes et al., 2024).

Certains défis sont spécifiques aux personnes infirmières ayant moins d'expérience. Les personnes infirmières nouvellement diplômées rencontrent des défis supplémentaires lorsqu'elles débutent leur travail en milieu rural. La formation n'aborde pas ou peu les particularités des soins en milieu rural et cela serait l'une des principales raisons de la pénurie ou de la mauvaise répartition du personnel en santé en ruralité (Weinhold et Gurtner, 2014 dans Rusaanes et al., 2024). Les personnes infirmières nouvellement diplômées peuvent se sentir mal préparées face aux enjeux et défis rencontrés dans les municipalités rurales, ce qui peut mener à des démissions (Calleja et al., 2019 dans Rusaanes et al., 2024). Le personnel infirmier en milieu rural, qui est nouvellement diplômé, doit exercer un travail qui requiert des compétences généralistes avancées, ce qui peut donner le sentiment d'être abandonné ou d'être rapidement dépassé par la situation. Cela peut même amener un choc de transition dans leur nouveau poste, vu leur manque de confiance en leurs compétences (Fowler et al., 2018 dans Rusaanes et al., 2024). Hutchinson et East (2017) soulignent dans leurs travaux que les rôles professionnels de la pratique infirmière en ruralité demandent une base de connaissance plus large, ainsi que des compétences généralistes, ce qui rend plus difficile la transition au travail. Le personnel infirmier qui débute dans les milieux ruraux serait aussi confronté à plusieurs défis, comme la violence horizontale de la part du personnel plus ancien et les préoccupations concernant la qualité des soins qu'il fournit (Muirhead et Birks, 2019; Fowler et al., 2019 dans Rusaanes et al., 2024). La recension des écrits n'a pas permis d'identifier

des défis spécifiques pour le personnel infirmier ayant d'avantage d'expérience dans la pratique.

2.2.2 Organisation du travail et identité professionnelle en ruralité

L'organisation du travail en milieu rural diffère de celle d'un milieu urbain. Les hôpitaux ruraux n'ont pas toujours de personnel médical sur place : ce dernier peut être de garde avec un horaire prédéterminé, disponible seulement à distance ou totalement absent. Cela peut donc devenir la responsabilité du personnel infirmier de déterminer si la présence médicale est nécessaire ou non, ce qui augmente la pression sur leur jugement et sur leurs compétences décisionnelles (Burrows et al., 2019; Nancarrow et al., 2015 dans Rusaanes et al., 2024). L'étude de Muirhead et Birks (2019) a examiné les nombreuses facettes du rôle de l'infirmière clinicienne² travaillant dans les zones rurales et isolées de l'Australie. Il est ressorti que plus un établissement ou département est petit, plus les rôles des personnes infirmières deviennent généralistes. Il arrive aussi que le personnel infirmier tente de pallier le rôle du personnel médical si ce dernier est absent. Il s'agirait même d'une attente des gestionnaires et des médecins (Muirhead et Birks, 2019).

Cette tentative de pallier le rôle médical par le personnel infirmier est aussi abordée dans l'étude ethnographique australienne de Riley et al. (2024), qui ont exploré les rôles du personnel infirmier rural lorsqu'il prodigue des soins de réanimation à la population locale. Le leadership figure parmi les rôles mentionnés. Le leadership lors de RCR serait soit formel ou informel et il varierait selon la composition de l'équipe de soins. Il y aurait une différence du leadership du personnel infirmier lors des manœuvres de réanimations lorsqu'il n'y a aucun personnel médical sur place. En l'absence de personnel médical, la personne infirmière la plus expérimentée a tendance à prendre le rôle de leadership central, soit d'exercer le rôle

² Le terme anglais était Registered Nurse. Puisque le Cégep représente une unicité au Québec, les infirmières australiennes diplômées équivalent raisonnablement aux infirmières bachelières québécoises.

de leader formellement dans les procédures de réanimation. Lorsqu'il y a un-e médecin sur place, la désignation de la personne leader n'était pas discutée avec le reste de l'équipe : le personnel médical s'attribue à lui-même ce rôle. Les personnes infirmières s'attendent à ce que le personnel médical dirige les aspects techniques et non techniques d'une réanimation, mais elles font tout de même preuve de leadership parfois plus informel, en questionnant le personnel médical ou en suggérant des procédures. Pour le personnel infirmier, la décision d'exercer un leadership informel, lorsque le personnel médical était déjà présent comme leader, était influencée par la qualité des procédures de réanimation réalisées et l'importance de l'advocacy auprès de la personne usagère (Riley et al., 2024). Un autre des rôles qui est ressorti de cette étude est celui de la polyvalence. Puisque les ressources sont souvent moindres dans les milieux ruraux, le personnel infirmier a aussi les responsabilités et tâches administratives reliées à la réanimation. La polyvalence était plus importante lorsqu'il n'y avait pas de personnel médical sur place. Des installations en télésanté étaient aussi disponibles pour que le personnel infirmier puisse communiquer avec une équipe médicale externe. Ce soutien était pertinent pour obtenir des conseils verbaux, mais dans le cadre d'une réanimation, elle n'offrait pas de personnel supplémentaire sur place pour aider aux procédures physiques ou techniques. Le personnel infirmier en milieu rural joue un rôle majeur dans les réanimations, puisqu'il est souvent le premier à intervenir et même parfois le seul professionnel de santé sur place (Connelly et Schreiber, 2015 dans Riley et al., 2024).

Le personnel infirmier des milieux ruraux vit différents stressors liés aux spécificités de leur travail. Une étude canadienne, réalisée par Moszcynski et Haney (2002), avait comme objectif d'examiner le stress et l'adaptation des personnes infirmières travaillant en ruralité, principalement dans le nord du Canada, lors de transferts de patients ayant eu des traumatismes à la suite d'accidents. Quatre grands stressors ont été identifiés soit ceux inhérents au système de santé, le manque de communication, les impacts visuels et les désaccords professionnels. Les problèmes liés au système de santé incluaient le manque de ressources matérielles et humaines, sans oublier les enjeux technologiques (Moszcynski et Haney, 2002). Le manque de communication durant certains transferts amenait les personnes infirmières à ne pas se sentir incluses dans la suite des choses et cela leur créait de l'anxiété.

À propos des impacts visuels, le fait de donner des soins à une personne ayant vécu un accident important peut être très difficile et stressant pour certaines personnes infirmières, comme dans le cas d'une victime ayant eu des brûlures sévères et cela peut amener des souvenirs difficiles (Moszcynski et Haney, 2002). Au sujet des désaccords professionnels, certaines infirmières recevaient des critiques de l'équipe du centre hospitalier receveur, concernant les soins donnés au patient avant son arrivée au lieu du transfert (Moszcynski et Haney, 2002).

Toujours en lien avec les défis et stressors rencontrés, dans leur article sur l'impact d'un module de formation en ligne et asynchrone sur la préparation des personnes infirmières des départements d'urgence ou de soins critiques pour les transferts interhospitaliers, Doucet et Rhéaume (2020) citent une étude qualitative menée auprès de 30 personnes infirmières ayant fait ressortir que celles-ci ne se sentent pas suffisamment préparées pour faire face aux responsabilités liées aux transferts interhospitaliers (Gustafsson et al., 2010, dans Doucet et Rhéaume, 2020). Ceci s'explique par un manque de contrôle sur l'environnement de travail durant le transfert et le fait d'être seule comme personne infirmière dans l'ambulance. Plus précisément, il y aurait trois axes de préoccupations des personnes infirmières lors des transferts : l'incertitude autour du champ de pratique, l'absence de directives claires pour les transferts et une collaboration incertaine entre les personnes membres de l'équipe de soins (Doucet et Rhéaume, 2020).

L'article de Hendrickx et Winters (2017), publié dans la revue américaine *Critical Care Nurse*, s'est intéressé aux personnes infirmières généralistes des milieux ruraux et à leurs compétences lorsqu'elles doivent donner des soins intensifs ou d'urgences. Des enjeux concernant l'acquisition de compétences avancées surtout lorsque le personnel infirmier rural n'est pas exposé fréquemment à des situations d'urgence ont été soulevés. De plus, l'accès à la formation continue a été ciblé comme un défi en zone rurale, en raison de l'isolement géographique et des difficultés à s'absenter du travail pour suivre ces formations vu la taille plus petite des équipes.

Une revue intégrative australienne (McElroy et al., 2022) a étudié les défis et les stressors rencontrés par le personnel infirmier des milieux ruraux et éloignés, dans le but de pouvoir identifier des interventions qui contribueraient à réduire leurs impacts et ainsi augmenter la satisfaction au travail. Leurs résultats font ressortir trois thèmes parmi les stressors et défis: l'accès à la formation, l'isolement et la reconnaissance du rôle.

Les obstacles que vit le personnel infirmier des milieux ruraux dans l'accès à la formation sont généralement méconnus du personnel infirmier travaillant en milieu urbain. Les personnes infirmières des milieux éloignés requièrent une formation récurrente, appropriée et adaptée, de qualité et surtout accessible (McElroy et al., 2022). D'ailleurs, les personnes auteures de plusieurs études mentionnent l'importance de reconnaître le besoin en soutien du personnel infirmier en milieu rural. Des aides financières ainsi que des congés pourraient aider à l'accès à la formation. La pénurie et la faible rétention du personnel ajoutent aussi des défis, puisque l'investissement en formation se perd lorsque la personne quitte. Un autre défi relié à la formation concerne le manque d'exposition à certaines situations qui peut amener de faibles compétences et un manque de confiance pour certaines spécialités. Ceci pousse les personnes auteures à encourager l'acquisition de ces connaissances spécialisées via la formation plutôt que par la pratique. Une autre solution serait de préparer toutes les personnes étudiantes dès la formation de premier cycle à remplir un rôle infirmier en régions rurales ou éloignées.

L'isolement, dans un contexte de travail en ruralité, se vit géographiquement, socialement et professionnellement (Adams et al., 2019 dans McElroy et al., 2022). Malgré tout, travailler en zone rurale présente des aspects positifs : un salaire plus élevé, un développement de compétences généralistes et une plus grande autonomie dans sa pratique. Le sentiment d'appartenance à la communauté et le respect venant de la population seraient des raisons importantes de maintenir sa pratique en zones non métropolitaines.

2.3 BESOINS ET SOLUTIONS DES PERSONNES INFIRMIERES EN MILIEUX RURAUX

2.3.1 Besoins spécifiques selon les situations d'urgences

Les défis et stressors vus dans les sections précédentes de ce chapitre donnent un aperçu des besoins du personnel infirmier qui travaille en zone rurale et lors de situations d'urgence. Les personnes infirmières travaillant en milieux ruraux ont besoin, pour mieux répondre aux situations d'urgence, d'améliorer leurs compétences auprès d'une variété de clientèles dont celles pédiatriques, celles en situation d'urgence, celles ayant des problèmes de santé mentale, celles étant victimes de violence conjugale et d'agression sexuelle, celles ayant eu des chirurgies bariatriques et celles étant plus âgées (Burrows et al., 2019). L'article de Burrows et al, (2019) indique aussi que ces personnes infirmières ont besoin d'une meilleure reconnaissance de leur rôle élargi, en tant que professionnelles en milieux ruraux. Les personnes infirmières en milieu rural ont besoin de plusieurs compétences généralistes, mais aussi de compétences spécifiques dans certaines situations complexes (Berry, 2018; Pavloff et al., 2022 dans Rusaanes et al., 2024).

Certains besoins du personnel infirmier peuvent varier selon leur expérience. Des besoins spécifiques pour le personnel infirmier novice ou débutant ont été nommés dans certains articles. Pour être performantes lors d'urgences dans un milieu rural, ces nouvelles personnes diplômées doivent avoir des compétences avancées au niveau de la résolution de problèmes, être polyvalentes, être indépendantes et assumer aussi le rôle de chef d'équipe dès le début de leur carrière (Burrows et al., 2019). Pour offrir des soins d'urgence optimaux et sécuritaires, les personnes infirmières nouvellement diplômées ont besoin d'un soutien clinique important, mais plusieurs de leurs collègues expérimentés ne savent pas comment répondre à ce besoin (Lea & Cruickshank, 2015; Oman et al., 2013 dans Burrows et al., 2019). Elles attendent de leurs mentors ou de leurs personnes infirmières-chefs, un soutien, des encouragements, des commentaires constructifs, de l'écoute émotionnelle, de la défense de leur droit, de l'ouverture et de la protection face aux exigences uniques des soins infirmiers d'urgence en milieu rural (Burrows et al., 2019). Des données indiquent que la charge de

travail, le mélange des compétences et les pressions organisationnelles sont des éléments préoccupants pour les infirmières nouvellement graduées et cela peut influencer grandement leurs habiletés à performer dans leur rôle de manière efficace et sécuritaire (Trede et al., 2014 dans Burrows et al., 2019). Il faut mettre en évidence qu'il y a des attentes élevées envers ce personnel débutant, pour qu'il exerce sans avoir acquis les compétences, la formation et la compréhension nécessaires du contexte et des besoins uniques des communautés rurales (Muirhead et Birks, 2019; Fowler et al., 2019 dans Rusaanes et al., 2024).

Aucun besoin spécifique n'a été identifié pour le personnel infirmier compétent, efficace, expert ou maître dans les articles retenus, lors d'urgence ou dans un contexte de ruralité.

Concernant les situations d'urgence, la revue narrative de Thompson et al, (2019) s'est penchée sur les défis d'implantation d'une gestion basée sur les données probantes dans un contexte rural, lors d'un syndrome coronarien aigu. Pour les défis dans la gestion des urgences causées par des maladies cardiaques, il y a la pénurie de personnes professionnelles de santé en milieux ruraux, le coût augmenté pour donner des soins et le manque d'infrastructures en santé (Humphreys et Wakerman (2018) dans Thompson et al., 2019). Le recrutement et la rétention du personnel en santé sont aussi des enjeux de plusieurs endroits ruraux ou éloignés (Wakerman et al., 2013, dans Thompson et al., 2019). Le roulement de personnel fait en sorte que certaines équipes peuvent avoir moins d'expertise et d'expérience. Cette pénurie de main-d'œuvre entraîne des répercussions, entre autres, sur le soutien à l'éducation et la formation (Berndt et al., 2017, dans Thompson et al., 2019). De plus, les petits hôpitaux en milieu rural ont généralement moins de ressources et moins de financements comparés aux centres hospitaliers urbains (Lutfiyya et al., 2007; Joynt et al., 2011, dans Thompson et al., 2019).

L'étude de McCullough et al. (2022) a voulu fournir une explication sur la nécessité de reconnaître le champ d'exercice généraliste des personnes infirmières rurales comme un domaine spécialisé dans la pratique infirmière. Il y est partagé que les personnes infirmières

perçoivent leurs connaissances et compétences cliniques comme étant insuffisantes pour répondre aux exigences du contexte rural, particulièrement lorsqu'elles doivent travailler seules. Ces exigences faisaient référence entre autres au champ d'exercice infirmier, qui doit être à la fois généraliste, mais aussi avancé. Le personnel infirmier a aussi affirmé que l'expérience acquise antérieurement dans d'autres contextes de travail n'était pas une préparation adéquate au travail dans les zones éloignées.

2.3.2 Outils et méthodes de soutien : des solutions connues proposées

Des auteurs se sont intéressés aux solutions pour favoriser la rétention du personnel et le maintien des compétences en milieu rural et l'intégration des nouvelles personnes diplômées. Il y a différentes formations cliniques qui ont été développées dans des cours universitaires de premier cycle : le but étant d'exposer davantage les personnes étudiantes infirmières à la pratique en milieu rural et isolé (Health Workforce Australia, 2011 dans Hutchinson et East, 2017). Ces formations sous différentes formes apportent des expériences cliniques uniques aux personnes étudiantes et influencent de manière positive l'idée de possiblement travailler dans ces milieux (Webster et al., 2020 dans Hutchinson et East, 2017). Tel que déjà mentionné plus tôt dans cette section, la revue de la littérature effectuée par Rusaanes et al. (2024) a voulu synthétiser les connaissances actuelles sur la formation en soins infirmiers dans les zones rurales. Pour les études recensées, les stratégies gouvernementales ou universitaires qui visent à recruter les personnes étudiantes désirant vivre et travailler en ruralité sont identifiées comme efficaces pour améliorer la pratique rurale des personnes infirmières nouvellement diplômées (Green et al., 2022; Lima et al., 2019; Quilliam et al., 2021 dans Rusaanes et al., 2024). Par exemple, les personnes étudiantes ont rapporté que le financement des dépenses de formation offerte par le gouvernement ou l'université permet de réduire d'une façon importante le stress économique (Green et al., 2022; Killam et Carter, 2010; Quilliam et al., 2021 dans Rusaanes et al., 2024).

Pour encourager le travail et la formation en milieu rural chez le personnel infirmier, Burrows et al, (2019) suggèrent de promouvoir des programmes universitaires plus structurés. Les universités urbaines devraient aussi augmenter l'admission des personnes étudiantes qui viennent de régions éloignées ou rurales, puisque cela peut influencer de façon importante le lieu de travail. Cela pourrait augmenter le nombre de personnes infirmières graduées qui entre dans le milieu du travail avec l'intérêt de travailler en ruralité (Burrows et al., 2019).

Offrir les formations initiales, autant théoriques que cliniques, directement dans les milieux ruraux est aussi une solution pour éviter l'exode rural des personnes étudiantes et aussi favoriser la rétention et le recrutement de personnel (Hyry-Honka et al., 2016; Norbye et Skaalvik, 2013; Walker et Forbes, 2023 dans Rusaanes et al., 2024). Il existe des modèles où les personnes apprenantes sont rattachées à une université urbaine et suivent des cours à distance. Il y a aussi des campus satellites, pour offrir une éducation plus décentralisée (Butler et al., 2016; Skaalvik et Norbye, 2016; Walsh et al., 2023; Exner-Pirot, 2018 dans Rusaanes et al., 2024). Dans ce contexte, l'utilisation de la technologie numérique est une stratégie pédagogique souvent utilisée (Eriksen et Huemer, 2019; Hayrs et al., 2022 dans Rusaanes et al., 2024).

Pour développer et maintenir des programmes d'éducation rurale, une coopération et un dialogue efficace entre le corps professoral et les parties prenantes locales sont importantes (Skaalvik et Nordbye, 2016; Zimmer et al., 2016 dans Rusaanes et al., 2024). Les autres facteurs importants et qui sont reliés à cette éducation rurale incluent la continuité de l'enseignement et du mentorat, la répartition géographique du corps professoral, un programme d'étude flexible et des connaissances larges et pointues sur la pratique infirmière en zones rurales (Hyry-Honka et al., 2016; Skaalvik et Nordbye, 2016; Zimmer et al., 2016 dans Rusaanes et al., 2024). Il est important de reconnaître la nature multidimensionnelle des compétences infirmières nécessaires dans les différents environnements ruraux pour concevoir des modèles de formation qui sont adaptés à ces régions éloignées (Muirhead et Birks, 2019; Pavloff et al., 2017 dans Rusaanes et al., 2024). Un programme d'enseignement

de soins infirmiers en milieu rural devrait inclure des compétences de base, mais aussi des compétences culturelles comme la compréhension des barrières et des privilèges, des tendances actuelles en santé, des stratégies de communication auprès de personnes ayant différents niveaux d'éducation, de la démographie et des caractéristiques de la population (Lima et al., 2019; Reeve et al., 2020; Nancarrow et al., dans Rusaanes et al., 2024). Pour améliorer la sécurité des personnes usagères et favoriser une main-d'œuvre infirmière rurale hautement qualifiée, il est recommandé d'instaurer des cours de spécialisation avancée ou des programmes de formation continue (Burrows et al., 2019; Muirhead et Birks, 2019; Hardy et Calleja, 2019; Pavloff et al., 2017 dans Rusaanes et al., 2024).

En plus d'avoir des cours théoriques sur la pratique infirmière rurale lors de la formation initiale, offrir des stages est une solution qui ressort de la littérature. Ce type de formation expérientielle permet au futur personnel infirmier d'obtenir une expérience rurale pertinente et de développer son identité professionnelle (Reeve et al., 2020; Weinhold et Gurtner, 2014; Hyry-Honka et al., 2016 dans Rusaanes et al., 2024). Concernant la durée des stages en milieux ruraux, ceux d'une durée plus longue permettent aux personnes étudiantes de séjourner dans la communauté rurale. Cela leur permet d'acquérir plusieurs compétences nécessaires à une approche généraliste. Les stages d'une courte durée permettent une variation dans les expériences cliniques, mais ils diminuent les opportunités de socialisation et d'inclusion des personnes étudiantes dans la communauté, faisant diminuer le sentiment d'appartenance. Ce sentiment d'appartenance est important pour les personnes étudiantes dans leurs désirs de rechercher des opportunités d'emploi dans les milieux ruraux (Reeve et al., 2020; Fowler et al., 2018; Oosterbroek et al., 2017 dans Rusaanes et al., 2024).

Ces expériences de stages amènent plus d'expositions à diverses situations et à des pratiques interdisciplinaires variées, en plus de contribuer à une meilleure compréhension du rôle de l'infirmière généraliste en contexte rural (Hendrickx et Winters, 2017). Les stages en milieux ruraux favorisent aussi le recrutement des personnes étudiantes stagiaires, qui peuvent être recrutées à la fin d'un stage (Hendrickx et Winters, 2017). Offrir des stages en ruralité n'est cependant pas toujours possible pour différentes raisons : certains

établissements ruraux sont moins achalandés et offrent moins d'occasions d'apprentissage et la distance entre l'institution d'enseignement et le milieu de stage peut être important (Hendrickx et Winters, 2017). Pour les raisons expliquées ci-haut, les stages en milieux ruraux, lorsque disponibles, influencent positivement les personnes étudiantes à la santé des populations rurales et à envisager une carrière dans le domaine de la santé en milieu rural (Hendrickx et Winters, 2017).

Bien que les stages en milieux ruraux soient identifiés comme une solution intéressante aux différents défis rencontrés, il y a aussi des enjeux. Les personnes étudiantes lors de ces stages sont confrontées à une technologie limitée, à un sentiment d'isolement professionnel et à des situations avec des personnes usagères qui sont complexes et imprévisibles, ce qui peut avoir une influence à la fois positive et/ou négative sur les résultats d'apprentissage (Oosterbroek et al., 2017 dans Rusaanes et al., 2024).

Puisqu'offrir des stages en milieux ruraux n'est pas toujours envisageable vu les distances et la logistique reliée, l'alternative est de faire des simulations qui inclut la ruralité. Dans une simulation de soins éducative, la patientèle fictive peut avoir des problématiques qui reflètent la réalité des milieux ruraux. Le lieu de soins imaginé dans cette même situation amène un contexte rural, ce qui vient jouer sur l'organisation des soins (Hendrickx et Winters, 2017).

Considérant les demandes élevées du travail en milieu rural, les personnes infirmières débutantes pourraient avoir besoin d'un soutien supplémentaire pour différentes techniques de soins. La revue de la portée australienne de Hardy et Calleja (2019) a voulu découvrir l'efficacité des programmes de soutien à la formation en milieu rural pour développer les compétences en matière de prise de décision lors du triage chez le personnel infirmier nouvellement diplômé et novice. Cette revue a aussi voulu déterminer ce que l'on sait des programmes de soutien à la formation au triage pour ce personnel qui effectue cet acte dans des zones rurales ou éloignées. Le triage, qui est une compétence technique et évaluative complexe, permet de déterminer l'importance d'une blessure ou d'une condition de santé et de donner la priorité aux personnes usagères qui ont besoin de soins plus rapidement (Innes

et al., 2011; Azeredo et al., 2015; Khan et al., 2016; Noon, 2014 dans Hardy et Calleja, 2019). Le triage fait partie du rôle autonome de la pratique infirmière et demande une réflexion critique et des compétences en prise de décision (Noon, 2014; Position CENA, 2007; Aloyce et al., 2014 dans Hardy et Calleja, 2019). Considérant que certaines personnes infirmières doivent effectuer du triage au sein des CLSC ruraux et que celles-ci peuvent être novices, une formation supplémentaire sur le triage pourrait s'avérer pertinente.

Comme vu plus haut dans la section des défis et stressors, Doucet et Rhéaume (2020) partagent les enjeux autour des transferts. Une formation adaptée pour les transferts d'urgence pourrait faire partie des solutions pour pallier ces derniers. Doucet et Rhéaume (2020) suggèrent que cette formation inclut, entre autres, les facteurs nécessaires à considérer lors de la préparation des personnes aux transferts, ainsi que les soins reliés à anticiper. Le choix d'offrir cette formation en ligne de façon autoportante a été fait pour éviter les défis reliés à la formation continue en milieu rural, dont le manque de ressources financières et de ressources humaines pour le remplacement de personnel (Doucet et Rhéaume, 2020).

En dehors de la formation continue, il y a d'autres solutions pour répondre aux besoins et défis du personnel infirmier des milieux ruraux. Les programmes de mentorat pour accompagner le personnel infirmier qui entre dans le milieu du travail ont démontré une augmentation de la satisfaction chez les personnes infirmières nouvellement diplômées, en plus d'augmenter leur désir de rester dans leur rôle actuel (Burrows et al., 2019). Les recherches de Burrows et al. (2019) indiquent plusieurs actions qui peuvent contribuer à rendre les programmes de mentorat aussi efficaces que les formations et ainsi favoriser une rétention : l'accès à une formation initiale appropriée et adéquate, l'implication active des parties prenantes dans la conception du programme de mentorat, la mise en œuvre et l'évaluation du programme, une analyse des besoins avant l'intervention, la promotion, l'engagement organisationnel, une supervision clinique adéquate, un retour d'information et une évaluation régulière. Un programme bien conçu qui favorise un sentiment d'appartenance devrait inclure du mentorat et un soutien clinique pour les nouvelles personnes infirmières diplômées et celles qui viennent d'arriver dans le département. Cela

évite aussi que ces personnes infirmières se sentent désillusionnées face à l'écart entre leurs idéaux et la réalité de leur pratique (Burrows et al., 2019).

Sans nécessairement parler de mentorat, il est important de spécifier l'importance des personnes infirmières expérimentées auprès de celles novices. Les personnes infirmières qui sont chefs d'équipe ont un rôle essentiel auprès du personnel infirmier nouvellement diplômé et peuvent favoriser leur rétention (Burrows et al., 2019). Lorsque ce personnel débutant n'a pas l'impression de pouvoir fournir les soins appropriés selon ses propres standards, il a tendance à démissionner (Burrows et al., 2019). Il est donc important pour les personnes gestionnaires et infirmières-chefs d'équipe de s'assurer que les valeurs fondamentales et réalités du département soient compatibles avec les perceptions et attentes du personnel (Burrows et al., 2019).

McCarthy et al. (2020) ont présenté un rapport technique concernant un scénario de simulation d'un accident de masse destiné au personnel de soins de santé dans les zones rurales et éloignées. Cette mise en situation avait comme but d'affiner les compétences du personnel ainsi que leur niveau d'aisance dans ces situations. Il est mentionné que la formation via la simulation serait une stratégie rentable pour former le personnel de soins de santé à des scénarios qui demande une acuité élevée de compétences, mais avec une opportunité faible d'exposition ou de pratique. Ce type de simulation permettrait au personnel d'acquérir des compétences procédurales et des compétences reliées au travail d'équipe et à la communication. Lorsque la simulation est disponible, la réalité virtuelle et les personnes patientes virtuelles seraient facilitantes pour l'accès à des formations réalistes (McCarthy et al., 2020). Le scénario de simulation décrit dans cet article précédait un post-mortem. Le personnel était invité à poser des questions et à donner des commentaires constructifs. Après ce post-mortem, un enseignement théorique d'environ 30 minutes était donné autour des objectifs d'apprentissage : il a été démontré que d'offrir ce type d'enseignement immédiatement après une simulation favorisait la consolidation des informations cliniques et la mise en évidence des lacunes (McCarthy et al., 2020).

Il y a aussi des solutions qui impliquent davantage les municipalités. Des initiatives pour attirer de nouvelles personnes diplômées en milieu rural existent ailleurs dans le monde, bien que cela soit majoritairement utilisé pour le personnel médical plutôt qu’infirmier. Ces initiatives incluent des incitations salariales pour travailler là où les besoins sont importants et des bourses d’études (Department of Health, 2013; Health Workforce Australia, 2011 dans Hutchinson et East, 2017).

Concernant l’organisation des soins de santé, il y a des possibilités pour inclure la participation active de la population. L’article de Patel et al. (2023) s’est intéressé aux pratiques des personnes membres du programme de *Community first responder* (CFR), qui implique des personnes de la communauté pour qu’elles soient premières répondantes lors d’urgence. Les programmes CFR ont été intégrés un peu partout en Angleterre, et l’objectif est d’avoir des communautés engagées et de répondre rapidement à des urgences, principalement là où les délais avant l’arrivée de l’ambulance sont plus élevés. Les membres des programmes CFR sont des personnes non professionnelles de la population et elles ont différents niveaux de formation en soins. Il peut aussi s’agir de personnel de la santé retraité. Ces personnes sont volontaires pour offrir un soutien aux personnes paramédicales en donnant des soins d’urgence aux personnes ayant de graves problèmes de santé pendant que l’ambulance est en chemin. Ces problèmes de santé peuvent par exemple inclure l’infarctus du myocarde, l’accident vasculaire cérébral ou l’arrêt cardiaque. Les personnes CRF ne remplacent pas le personnel paramédical, mais complètent l’intervention de celui-ci (Healthcare Commission, 2007; Phung et al., 2017; Botan et al., 2023 dans Patel et al., 2023). Les résultats de la recherche de Patel et al. (2023) ont identifié des activités de pratiques séquentielles et interconnectées chez les personnes CRF : l’identification des signes et symptômes de la personne usagère, le partage d’informations avec le personnel paramédical, une réponse rapide de l’urgence et l’interaction avec le personnel paramédical lors de leur arrivée. Via ces activités de pratiques, les personnes CRF ont été reconnues comme vitales dans des cas d’urgence, spécifiquement lorsque la vie d’une personne est en danger et lorsque l’arrivée de l’ambulance est retardée. Patel et al. (2023) ajoutent que même si certaines actions individuelles des personnes CFR étaient uniques et spontanées, celles-ci ne

dépassaient pas leur champ d'exercice légitime. Il y a tout de même des enjeux reliés à la prise de décisions rapide chez les personnes CRF, puisqu'il y a la pression de devoir faire la bonne action au bon moment.

2.4 SOUTIEN DE LA TELESANTE

Mentionnée comme solution dans plusieurs articles retenus, la télésanté mérite sa propre section dans cette recension, puisqu'elle amène aussi des défis supplémentaires au personnel infirmier. Il s'agit donc à la fois d'un enjeu, mais aussi d'une solution. La télésanté est utilisée dans les milieux ruraux de façon générale pour pallier certains enjeux, mais aussi en situation d'urgence, où des compétences et connaissances spécifiques doivent parfois être sollicitées auprès d'une équipe externe. Il est pertinent de définir les principaux termes associés à la télésanté. Il est également essentiel de dresser un bref historique de son émergence dans les milieux ruraux, ainsi que de décrire son implantation actuelle au pays. Cette partie de la recension des écrits n'est pas limitée aux articles sélectionnés selon la question de recherche. Il s'agit d'un résultat combiné d'articles retenus, mais aussi d'articles trouvés via des mots-clés reliés à la télésanté.

Plusieurs termes sont utilisés autour du concept de la télésanté. Bien que certaines sources voient une différence entre la télémédecine et la télésanté, ces deux mots sont parfois interchangeables pour désigner un même service (François et Audrain-Pontevia, 2020). La télésanté inclut un ensemble de services, allant de l'éducation à la recherche, tandis que la télémédecine, incluse dans la télésanté, fait référence à l'exercice de la médecine à distance et aux applications cliniques reliées (Alami et al., 2015; François et Audrain-Pontevia, 2020). Malgré cette définition, il est important de spécifier que la télémédecine ne semble pas être limitée aux personnes exerçant la médecine, elle peut être effectuée par d'autres personnes professionnelles de la santé. Inclues également dans la télémédecine figurent la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance et la téléassistance (François et Audrain-Pontevia, 2020). Le Collège des médecins du Québec (2015, dans François et Audrain-

Pontevia, 2020) propose les définitions suivantes pour ces termes : la téléconsultation désigne ladite consultation à distance entre la personne et le personnel de la santé. La téléexpertise est une forme de téléconsultation, mais il y a un acte médical effectué à distance, à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. La télésurveillance implique de surveiller, toujours à distance, des données cliniques ou résultats d'examens qui ont été recueillis soit par le patient et sa famille ou par une personne professionnelle de la santé. La téléassistance est un acte médical posé par le personnel médical, mais lorsqu'il soutient à distance du personnel médical ou une autre personne professionnelle de la santé en train de réaliser un acte médical ou chirurgical. Il n'est pas clair, selon les définitions trouvées, si le terme téléassistance est limité à du soutien offert par du personnel médical ou s'il peut s'appliquer lorsqu'une personne infirmière spécialisée offre ce même soutien.

Puisque la télémédecine est incluse dans la télésanté, l'utilisation du terme télésanté sera priorisé pour la suite de cette recherche.

L'arrivée des technologies a permis aux milieux ruraux d'intégrer progressivement l'utilisation de la télésanté (Thomas et al., 2014 dans Hutchinson et East, 2017). Cette utilisation est une des stratégies pour tenter de réduire les disparités en santé entre les milieux ruraux et ceux urbains. La télésanté permet aussi de réduire, dans une certaine mesure, la probabilité d'un déménagement d'une personne vivant en zone rurale vers une zone urbaine (Schwarz et al., 2014 dans Hutchinson et East, 2017), puisqu'elle comble des besoins en services de santé. Avec l'augmentation de la présence des technologies de l'information et des communications (TIC), il y a eu progressivement l'implantation de services de télésanté dans les milieux ruraux au Québec pour favoriser un accès plus équitable aux soins (Alami et al., 2015). Investir dans les TIC a été un choix de la province pour tenter de trouver une solution à la pénurie du personnel en santé et aux enjeux géographiques qui influencent la santé (Alami et al., 2015).

Aujourd'hui, il existe plusieurs services de télésanté au Canada et au Québec. Certains services de télésanté sont spécifiquement implantés pour répondre à des besoins en régions éloignées. Dans un contexte où une personne instable se présente dans un CLSC rural,

certain services courants se font offrir un soutien pour les personnes infirmières, autant pour aider au diagnostic que pour l'administration des traitements, dans le but de stabiliser la personne usagère d'ici l'arrivée du personnel paramédical. C'est le cas de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de la région de Chaudière-Appalaches. Cette unité permet au personnel paramédical de contacter en temps réels des personnes professionnelles de la santé spécialisées en soins d'urgence, dont des personnes infirmières et urgentologues (Fortin et al., 2011). Il est possible pour les personnes infirmières d'un CLSC rural d'envoyer à l'UCCSPU un électrocardiogramme (ECG) dans le but de confirmer ou non un infarctus du myocarde avec élévation du segment ST et ainsi adapter selon le diagnostic les soins offerts et la trajectoire de l'ambulance (Fortin et al., 2011).

Il y a plusieurs avantages à utiliser la télésanté. Wood et al. (2021) ont fait une revue de la littérature pour identifier et décrire les connaissances sur la gestion des cas de traumatologie par télésanté. Les résultats de l'étude de Wood et al. (2021) indiquent que l'utilisation de la télésanté est bénéfique pour les populations rurales et peut être une des solutions pour faciliter l'accès aux services de soins en traumatologie pour les personnes des régions rurales (Wood et al., 2021). La distance entre un établissement de santé rural et un centre hospitalier spécialisé et le manque de ressources en traumatologie sont des raisons justifiées pour favoriser un service de télétraumatologie, même si plus d'études sont nécessaires pour définir clairement quand ce service devrait être utilisé (Wood et al., 2021).

En dehors des cas de traumatisme, la télésanté apporte dans plusieurs situations des bénéfices et des enjeux chez les personnes recevant les soins. Premièrement, elle permet aux personnes usagères un meilleur accès aux soins et la réduction de leur isolement, l'amélioration de leur qualité de vie, l'amélioration de l'autogestion de leur santé, l'acquisition de connaissances, l'amélioration de la communication et l'amélioration potentielle au traitement prescrit (François et Audrain-Pontevia, 2020). En contrepartie pour ces personnes, l'accès à la télésanté peut être restreint par des limites financières, par une résistance à la technologie et par une faible littératie en santé. La télésanté peut aussi amener

des risques pour la protection de la vie privée et des risques de dépendance aux technologies (François et Audrain-Pontevia, 2020).

Il y a aussi plusieurs bénéfices de la télésanté pour le personnel en santé et les gestionnaires: Amélioration de la coordination et de la communication, amélioration du contrôle sur les maladies et les prescriptions, réduction des tests diagnostiques et des analyses de laboratoire effectués en double, usage plus efficace des soins d'urgence et un meilleur usage des soins en maison de retraite (François et Audrain-Pontevia, 2020). Les enjeux de la télésanté pour le corps professionnel et gestionnaire incluent les investissements financiers reliés, l'implémentation et l'intégration et les défis s'il y a un manque de connaissances et de formation (François et Audrain-Pontevia, 2020). La télésanté demande aux personnes infirmières des zones rurales d'établir et de maintenir des relations de travail efficaces avec des membres d'une équipe qui se trouvent possiblement à une distance significative de leur établissement (Mills et al., 2010a dans Hutchinson et East, 2017). L'instauration de la télésanté au sein de municipalités rurales entraîne davantage de responsabilités pour le personnel infirmier, autant au niveau des soins envers les personnes usagères qu'au niveau de la gestion et de l'entretien de l'équipement (Exner-Pirot, 2018 dans Rusaanes et al., 2024).

En somme, la ruralité n'étant pas homogène, la pratique infirmière en milieu rural varie d'un contexte à l'autre. Plusieurs aspects de la pratique infirmière en milieu rural sont méconnus des personnes et organisations urbaines. Peu d'articles recensés font état de la situation prévalente au Québec et aux modèles d'organisation des soins et de services que l'on y retrouve. Mondialement, il y a une pénurie de personnel infirmier touchant plus fortement la ruralité (De Smedt et Mehus, 2017; Weinhold et Gurtner, 2014 dans Rusaanes et al., 2024), ce qui augmente les défis reliés à la pratique infirmière dans un contexte de vieillissement de la population et d'exode des jeunes vers les villes (European Commission et al., 2021 dans Rusaanes et al., 2024). Les personnes infirmières rurales, malgré une plus grande autonomie, font face à de grandes responsabilités tout en ne bénéficiant pas nécessairement du soutien requis, ce qui amène un stress important pour elles et un risque de démobilisation (Opie et al., 2010a; Yates et al., 2013 dans Hutchinson et East, 2017). Des

solutions existent pour mieux préparer le personnel infirmier à la réalité en milieu rural et aux soins d'urgence, dont des stages en milieux ruraux durant la formation initiale et des simulations de cas qui amène une vision rurale et de soins critiques dans les formations continues (Burrows et al., 2019; Hardy et Calleja, 2019; Hendrickx et Winters, 2017). Finalement, la télésanté offre à la fois des bénéfices et des défis pour les équipes infirmières en ruralité. Il est nécessaire de s'intéresser aux éléments facilitants et aux obstacles du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux dans la gestion des urgences pour mieux comprendre leur réalité et ainsi trouver des solutions aux défis vécus.

CHAPITRE 3

CADRE THÉORIQUE

La recension des écrits met en lumière des différences ainsi que des réalités propres au personnel infirmier débutant dans la pratique. Dans cette optique, l'état actuel des connaissances conduit à présenter le cadre de Benner, afin de mieux comprendre les besoins des personnes infirmières en fonction des étapes de développement des compétences. Par la suite, un cadre écosystémique sera exposé et justifié pour analyser les barrières et les facilitateurs auxquels le personnel infirmier en milieu rural est confronté lors de situations d'urgence.

3.1 ÉTAPES DES COMPETENCES DE LA PRATIQUE INFIRMIERE

Certains éléments trouvés dans la recension des écrits concernent le personnel infirmier ayant peu d'expérience. Les étapes d'acquisition des compétences dans la pratique infirmière de Benner (2021) se divisent en six : étudiante ou novice ; nouvellement diplômée ou débutante ; compétente ; efficace ; experte et maître. La personne infirmière novice ou étudiante est dans ses premières années de formation : celle-ci n'a aucune expérience ou sinon très peu. Les personnes infirmières novices doivent avoir des règles et des directives claires pour réaliser leur travail de façon sécuritaire, puisqu'elles n'ont rien d'autre comme référence (Benner, 2021). Les personnes infirmières nouvellement diplômées ou débutantes dans la profession ne pratiquent pas de façon indépendante puisqu'elles demandent une consultation et des vérifications auprès de leurs collègues ou mentors. Elles peuvent craindre de faire des erreurs ou de manquer des signes cliniques importants et cette peur vient avec un sentiment de responsabilité qui augmente leur vigilance, mais aussi leur anxiété (Benner, 2021).

La personne infirmière compétente a entre une et deux années de pratique, ayant ainsi une certaine expérience qui lui permet de faire des comparaisons avec les signes cliniques observés. Si certaines de ces infirmières demeurent anxieuses, elles le sont généralement moins que lorsqu'elles étaient nouvellement diplômées (Benner, 2021). Les personnes infirmières efficaces ont une meilleure connaissance de l'évolution lors des changements cliniques du patient et elles peuvent voir différentes perspectives lors d'une situation complexe. Lorsqu'une surprise ou quelque chose de nouveau arrive, elles sont souvent curieuses et ouvertes pour trouver des solutions ou des réponses (Benner, 2021). Certaines personnes n'arrivent jamais à devenir des infirmières expertes, principalement celles qui ont des difficultés dans leurs compétences interpersonnelles ou des problèmes d'engagements. Pour être experte, une infirmière doit rester engagé envers son travail et développer des liens intuitifs entre des observations et des procédures (Benner, 2021). Finalement, les infirmières dites maîtres ont une pratique innovante et rencontrent des défis quasi uniques. Être maître implique de faire plus que ce qui est considéré comme étant les meilleures pratiques, surtout lorsque ces dernières ne fonctionnent pas dans une situation complexe (Benner, 2021).

3.2 CADRE ECOSYSTEMIQUE DES BARRIERES ET FACILITATEURS DE LA PRATIQUE INFIRMIERE EN MILIEU NON METROPOLITAIN

3.2.1 Présentation du cadre de Smith et al. (2019)

Smith et al. (2019) ont exploré l'expérience et les perceptions des personnes infirmières praticiennes spécialisées australiennes qui travaillaient dans des régions non métropolitaines et celles de leurs collègues. Leurs résultats ont mis en relief les barrières et les facilitateurs du champ d'exercice et des rôles pour une pratique infirmière étendue (Smith et al., 2019) desquels ils ont tiré un modèle théorique socio-institutionnel. La Figure 2 ci-dessous représente leur modèle (2019).

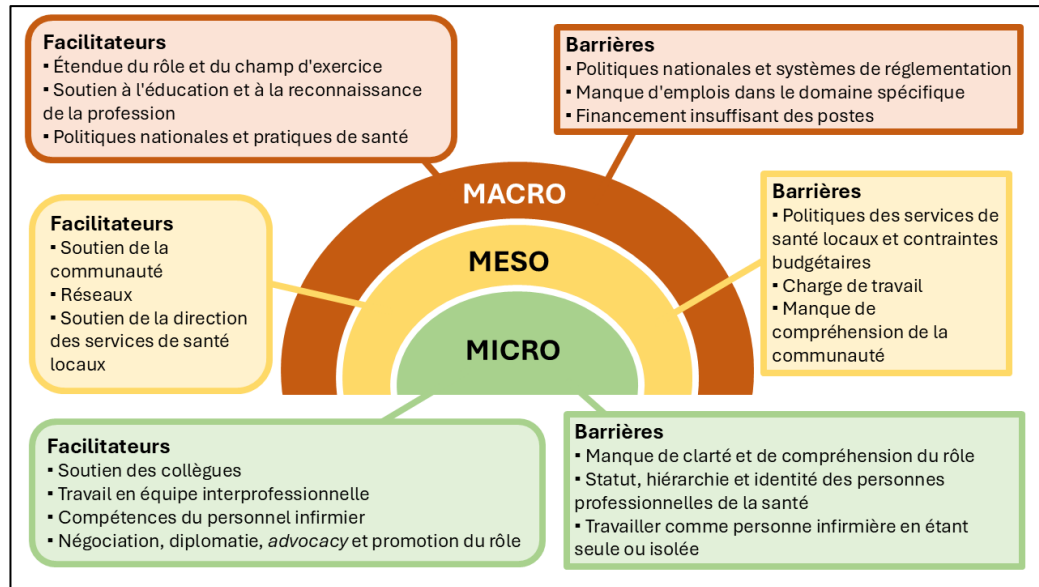


Figure 2. Bisson-Cauchon, C. (2025), schéma représentant le cadre de Smith et al. (2019) sur les barrières et facilitateurs, selon les sphères du macro, meso et micro, qui influencent la pratique infirmière avancée dans les milieux ruraux d'Australie. Traduction libre.

Ce modèle illustre et explique les barrières et facilitateurs rencontrés dans un contexte de travail pour les IPS travaillant en ruralité en régions éloignées répartis selon les sphères micro, meso et macro. La sphère du micro touche les personnes professionnelles de la santé (ici des infirmières et infirmiers praticiens) et leurs collègues d'autres milieux et domaines. Celle du meso concerne les communautés et le contexte local comme les procédures départementales et la sphère du macro inclut à une grande échelle les différentes interactions et politiques nationales (Smith et al., 2019). Leur cadre montre que les barrières à la pratique étendue en milieu rural ou éloigné dans la sphère du micro incluent : le manque de clarté et de compréhension du rôle ; le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé ; travailler comme personne infirmière en étant seule ou isolée. Pour la sphère du meso, les barrières sont : les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires, la charge de travail et le manque de compréhension de la communauté. Les barrières pour la sphère du macro sont composées des politiques nationales et des systèmes de réglementation, le manque d'emplois et le financement insuffisant pour les postes. Concernant les facilitateurs, la sphère du micro regroupe le soutien des collègues, le travail

en équipe interprofessionnelle, les compétences du personnel infirmier, ainsi que la négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle. Les facilitateurs du meso sont le soutien de la communauté, les réseaux et le soutien de la direction des services de santé locaux. Les facilitateurs de la sphère du macro incluent l'étendue du rôle et du champ d'exercice, le soutien pour l'éducation et la perception de la profession et les politiques nationales et pratiques de santé.

Smith et al. (2019) se sont intéressés à la pratique infirmière avancée, en portant une attention particulière aux infirmières praticiennes spécialisées. Tracy et al. (2022) précisent que la pratique infirmière avancée (PIA) repose sur plusieurs critères et compétences. Les critères primaires comprennent une formation universitaire de deuxième cycle, une certification, ainsi qu'une pratique centrée sur la personne et sa famille. La compétence centrale de la PIA est la pratique clinique directe. Parmi les compétences clés, on retrouve la guidance et l'accompagnement, la consultation, la pratique fondée sur les données probantes, le leadership, la collaboration et les habiletés liées à la prise de décision éthique.

3.2.2 Justification et utilisation du cadre

Le cadre écosystémique de Smith et al. (2019) sur la pratique infirmière avancée en ruralité a été choisi pour mieux identifier les facilitateurs et barrières selon les différents systèmes (micro, meso et macro). Ce type de cadre s'inspire du modèle écologique du développement humain de Bronfenbrenner (1979), qui définit les systèmes micro, méso et macro. Le microsystème désigne les éléments directement liés à la personne. Le mésosystème correspond aux relations entre différents environnements dans lesquels la personne est impliquée, comme la communauté. Le macrosystème englobe l'ensemble de la société, principalement au niveau des normes et des valeurs. L'idée de choisir un cadre écosystémique pour présenter les résultats de cette recherche permet de mieux catégoriser les barrières et les facilitateurs. Bien que ce cadre soit issu du contexte australien, la réalité rurale de ce pays présente certaines similitudes avec celle du Canada, notamment en ce qui concerne

l'étendue du territoire et la faible densité de population. De plus, bien que notre recherche cible le personnel infirmier des services courants en CLSC et non celui en pratique avancée, le cadre de Smith et al. (2019) a été jugé tout de même pertinent, car les barrières et facilitateurs qu'il identifie s'applique aussi à la pratique infirmière dite *générale* en milieu rural, particulièrement dans un contexte d'urgence où des enjeux complexes peuvent survenir.

Pour l'utilisation du cadre, les barrières et facilitateurs déjà définies pour chaque sphère ont été utilisées du cadre original de Smith et al. (2019) pour l'analyse des données du premier objectif de cette recherche, soit d'explorer les éléments qui facilitent, et ceux qui portent obstacles, à la gestion des urgences par le personnel infirmier des services courants dans les CLSC ruraux du Québec. La démarche d'analyse ouvre aussi la porte à l'émergence de nouvelles catégories si aucune barrière ou facilitateur du cadre de Smith et al. (2019) ne conviennent.

CHAPITRE 4

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthode, en commençant par le devis de recherche de type collaboratif et via une approche d'étude de cas encastrés. Le terrain de l'étude sera ensuite présenté avec la région de Chaudière-Appalaches. La population de l'étude, les critères de sélection et l'échantillon seront définis. La définition choisie par l'équipe de recherche pour qualifier la ruralité et l'éloignement des CLSC sera expliquée. Les instruments de la collecte de données sont ensuite abordés et expliqués, tout comme le processus des rencontres semi-dirigées auprès des personnes collaboratrices. Le processus concernant l'analyse des données selon un cadre écosystémique sera défini (Smith et al., 2019). Finalement, les considérations éthiques et les critères de scientificité seront expliqués.

4.1 DEVIS DE RECHERCHE

Un devis de type collaboratif a été choisi tout au long de la recherche au sein de l'équipe et des personnes collaboratrices majoritairement issues de la direction des soins infirmiers et des équipes locales du milieu à l'étude. Les résultats ont été collectés, analysés et interprétés via une approche d'étude de cas encastrés.

La recherche collaborative est une pratique et une méthodologie inclut dans la recherche participative, tout comme la recherche-action, la recherche évaluative et la recherche ancrée dans la communauté (Lamoureux, 2021). La recherche participative vise à développer des savoirs au service de la pratique avec une orientation d'action (Lamoureux, 2021). Pour ce qui est de la recherche collaborative, elle implique plus spécifiquement des personnes praticiennes engagées avec les personnes chercheuses dans l'exploration d'un aspect de leur pratique (Morrissette, 2013). Ce devis de recherche vise un consensus entre le monde de la pratique professionnelle et celui de la recherche, via une démarche de coconstruction (Lamoureux, 2021; Morrissette, 2013). Les recherches collaboratives et

participatives consistent à croiser et à combiner des savoirs et des expertises de différentes origines (Artois et al., 2022; Lamoureux, 2021). Les niveaux de participation des recherches collaboratives et participatives peuvent varier beaucoup et ses personnes participantes peuvent être considérées comme des personnes collaboratrices, des partenaires ou des cochercheurs (Lamoureux, 2021).

Selon Desgagné (1998 dans Morrissette, 2013), la recherche collaborative consiste en une démarche exploratrice autour d'une préoccupation mutuelle et se réfère à trois grandes étapes : la cosituation, la coopération et la coproduction. La cosituation inclut la création et négociation du partenariat, comme les conditions et les méthodes de fonctionnements (Desgagné, 1998 dans Morrissette, 2013). Il faut trouver l'harmonie entre les préoccupations des personnes praticiennes et celles de l'équipe de chercheurs (Desgagné, 1998 dans Morrissette, 2013). Une fois cette harmonie trouvée, la coopération inclut la collecte de données où des personnes praticiennes partagent souvent leur expérience (Desgagné, 1998 dans Morrissette, 2013). Ce que reçoivent les chercheurs de la part du personnel praticien permet un mélange de points de vue pour mieux comprendre la pratique et faire ressortir les enjeux, les problématiques, les tensions, ainsi que la complexité. L'étape de la coproduction fait référence à l'analyse et à la conception des résultats (Desgagné, 1998 dans Morrissette, 2013). Les résultats de cette recherche sont le fruit d'un processus délibératif continu. Il s'agit d'une démarche « qui permet à un groupe de recevoir et d'échanger de l'information, de faire l'examen critique d'un enjeu, et d'en venir à une entente qui guidera la prise de décision » (Fearon, 1998 dans Institut national de santé publique du Québec, 2009).

Une approche par étude de cas a été choisie pour documenter différentes situations. Une étude de cas permet de relater des situations réelles selon le contexte, dans le but d'analyser et de comprendre comment se produisent certains phénomènes reliés (Collerette, 1997). Ainsi chaque CLSC visité a été considéré comme un cas. L'étude de cas encadrés a été choisie, puisqu'elle permet deux niveaux d'analyse, permettant une quantité plus grande et plus complexe de données (Barlatier, 2018). Une première analyse a été effectuée pour

chacun des CLSC visités, selon leur contexte unique. Par la suite, une seconde analyse a permis de générer des résultats globaux, en incluant les particularités de tous les milieux.

4.2 TERRAIN DE L'ÉTUDE

4.2.1 Région de Chaudière-Appalaches

La région de Chaudière-Appalaches est le terrain d'étude de cette recherche collaborative. La région administrative de Chaudière-Appalaches partage ses frontières avec celles du Bas-Saint-Laurent à l'est, l'État américain du Maine au sud, la région de l'Estrie et la région du Centre-du-Québec à l'ouest, ainsi que la région de la Capitale-Nationale au nord (Google Maps, n.d).

Chaudière-Appalaches possède 136 municipalités réunies en dix municipalités régionales de comté (MRC) (Gouvernement du Québec, 2010). L'étendue de la région est de 15 165 kilomètres carrés et la densité populationnelle est de 30,1 habitants par kilomètres carrés (Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie, 2025). En 2025, la population de Chaudière-Appalaches s'élevait à 455 800, ce qui représente environ 5 % de la population provinciale (Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie, 2025). La proportion de personnes âgées est plus élevée dans cette région que dans l'ensemble de la province. Les personnes de 65 ans et plus représentent 22,6 % de la population de Chaudière-Appalaches, alors que cette proportion est plutôt de 19,7 % pour l'ensemble du Québec (Institut de la statistique du Québec, 2021). En 2025, 41,5 % de la population de Chaudière-Appalaches vivaient dans une zone rurale, alors que cette proportion n'est que de 17,8 % pour l'ensemble de la population québécoise (Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie, 2025). Avec plus du tiers de sa population vivant en zone rurale et sa grande étendue géographique, Chaudière-Appalaches est une région de choix pour s'intéresser aux défis de santé dans un contexte de ruralité.

4.2.2. Population à l'étude : services courants des CLSC ruraux de Chaudière-Appalaches

Les services courants des CLSC ruraux de Chaudière-Appalaches représentent la population de cette étude. La région possède vingt-trois CLSC et cinq points de service locaux (Gouvernement du Québec, 2024). Pour qualifier l'éloignement des différents CLSC de la région de Chaudière-Appalaches durant l'étude, il a été nécessaire de partager un vocabulaire commun sur les termes utilisés. Une classification des CLSC ruraux ayant un département de services courants a été effectuée selon une carte interactive de l'INSPQ produite en 2009. Le degré d'éloignement des différents CLSC tient compte du temps de trajets vers un centre hospitalier calculé avec Google Maps. Ce temps a été estimé en fonction de l'hiver où les conditions météorologiques ou routières peuvent être plus difficiles.

Les CLSC se situant entre 30 et 59 minutes de l'hôpital le plus proche ont été qualifiés « d'éloignés », ce qui représente la majorité avec dix CLSC. Le CLSC de Saint-Pamphile a été qualifié de « très éloigné » puisqu'il se situe à 60 minutes et plus de l'hôpital le plus proche. Pour le CLSC de L'Isle-aux-Grues, il a été qualifié comme « isolé », n'ayant pas de voie terrestre, la réalité des transferts est influencée par des conditions et variables uniques, dont la dépendance aux avions et aux bateaux pour les transferts. La Figure 3 ci-dessous permet de visualiser la classification des treize CLSC ruraux de la région de Chaudière-Appalaches.

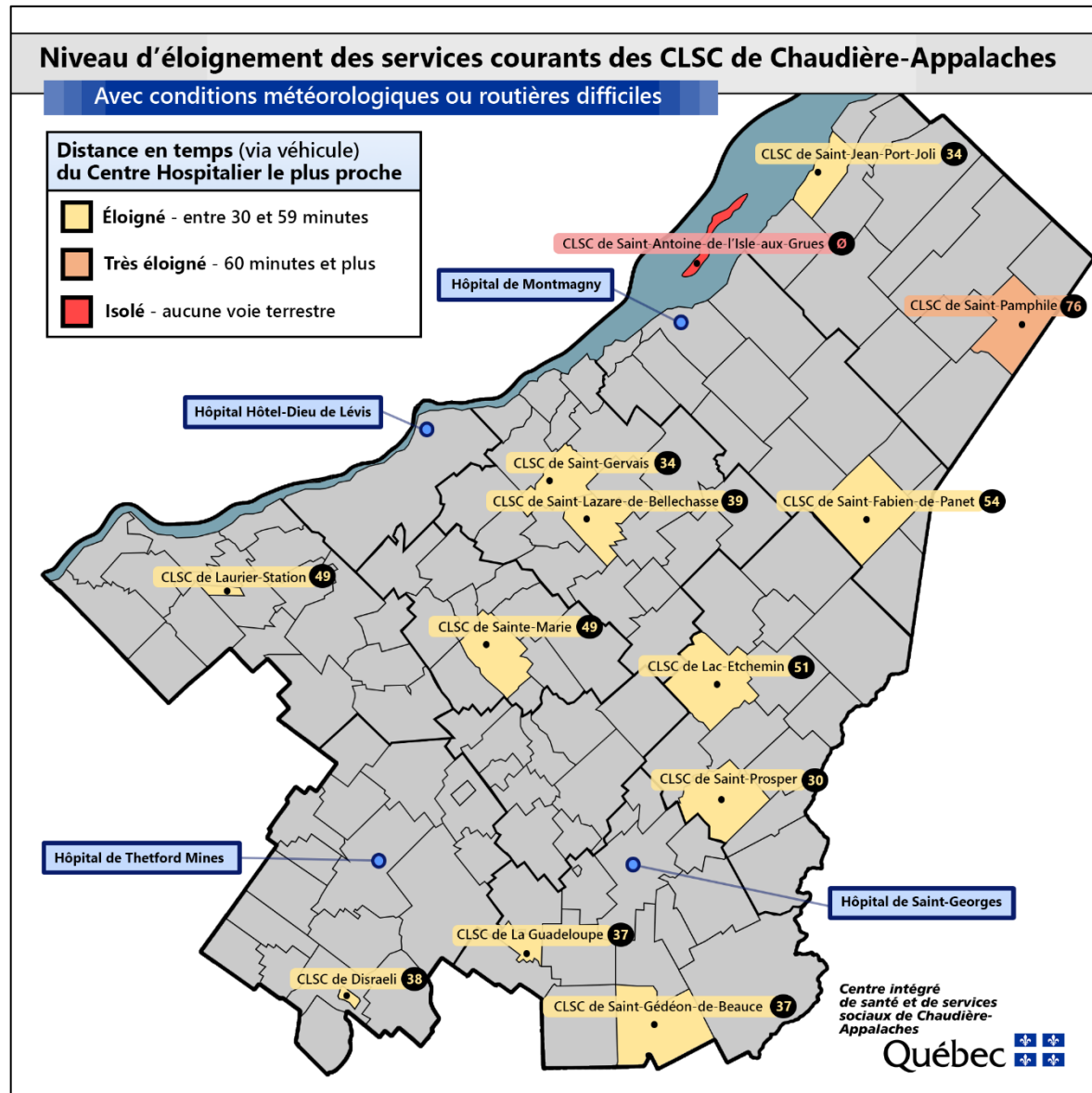


Figure 3. Carte du niveau d'éloignement des services courants des CLSC de Chaudière-Appalaches (produite par Bisson-Cauchon, 2023 à partir d'une carte de Google Maps (n.d) et de la classification de l'INSPQ (2009)).

4.2.3 Échantillon et méthode d'échantillonnage des CLSC ruraux

Cette recherche a été réalisée en étroite collaboration avec la direction des soins infirmiers (DSI) du CISSS-CA. Celle-ci a contribué à la sélection des CLSC participants à la démarche et qui ont fait l'objet de visites terrain. Les critères appliqués, qui ont été déterminés avec la DSI de la région, pour favoriser la sélection des CLSC pour l'échantillon, étaient :

- 1 – Ne pas avoir de garde médicale 24/7 ;
- 2 – Avoir au moins un CLSC pour chaque catégorisation d'éloignement (éloigné, très éloigné et isolé) ;
- 3 – Avoir des CLSC qui ont les services de l'UCCSPU et d'autres qui n'en ont pas.

L'UCCSPU représente un plateau clinique et permet l'évaluation d'une personne recevant des soins à distance. Les personnes professionnelles répondantes aux appels logés à l'UCCSPU sont situées à l'Hôtel-Dieu-de-Lévis (HDL). Ces personnes sont soit des personnes infirmières en soins critiques, des personnes paramédicales ou des urgentologues. L'UCCSPU de la région de Chaudière-Appalaches a été initialement créée pour soutenir le personnel paramédical. Depuis 2008, l'UCCSPU est aussi disponible pour les personnes infirmières des services courants de certains CLSC faisant autrefois partie du CSSS de Montmagny-L'Islet³ (Bussières et al., 2017). Le personnel infirmier de ces CLSC peut ainsi envoyer des ECG à l'UCCSPU, pour obtenir un diagnostic d'infarctus. L'UCCSPU peut aussi soutenir à distance ces personnes infirmières si des traitements ou techniques sont nécessaires en attendant l'arrivée de l'ambulance. Lorsqu'aucun personnel médical n'est présent sur place, le personnel infirmier ou médical de l'UCCSPU peut ainsi intervenir à

³ Cette implantation réalisée en 2008 était avant la réforme en santé de 2015, transformant les CSSS locaux en CISSS ou CIUSSS régionaux. Le CSSS de Montmagny-L'Islet ayant maintenant fusionner avec les autres CSSS de la région, devenant le CISSS de Chaudière-Appalaches.

distance en soutenant les équipes des services courants d'ici l'arrivée des services préhospitaliers d'urgence.

Au total, quatre CLSC de la région ont été choisis pour répondre aux critères ci-haut. Deux font partie de la MRC de L'Islet, soit les CLSC de Saint-Jean-Port-Joli (éloigné avec l'UCCSPU) et de Saint-Pamphile (très éloigné avec l'UCCSPU). Le troisième CLSC, celui de L'Isle-aux-Grues (isolé avec l'UCCSPU), fait partie de la MRC de Montmagny, et le quatrième CLSC, celui du Lac-Etchemin (éloigné SANS l'UCCSPU), fait partie de la MRC Les Etchemins. Les caractéristiques de ces quatre CLSC et les procédures respectives lors de situations d'urgence sont ici présentées plus en détail. Il n'était pas déterminé de sélectionner tous les CLSC répondant aux critères pour des raisons de faisabilité au niveau du temps et du budget. Pour cette raison, d'autres CLSC répondant aux critères auraient pu être sélectionnés. Cependant, les quatre établissements choisis étaient assez diversifiés au niveau de leur réalité (emplacement, services, etc.).

4.2.3.1 CLSC de Saint-Jean-Port-Joli (SJPJ)

Le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli a des équipes infirmières relativement jeunes, avec un roulement de personnel élevé au niveau des services courants. Les services courants ont parfois une garde médicale venant de la GMF adjacente au CLSC, mais celle-ci n'est pas disponible en tout temps. Ces gardes médicales sont sur des horaires fixes, sans couvrir la totalité des heures d'ouverture du CLSC, faisant en sorte que les personnes infirmières sont parfois seules sur place pour gérer les situations d'urgence. Les services courants de ce CLSC reçoivent le soutien de l'UCCSPU. Le CLSC a aussi la particularité d'être situé dans un établissement où il y avait anciennement une urgence. Ce CLSC est considéré comme éloigné (30 minutes ou plus de trajets routiers d'un hôpital).

4.2.3.2 CLSC de Saint-Pamphile (SP)

Le CLSC de Saint-Pamphile partage plusieurs caractéristiques avec celui de Saint-Jean-Port-Joli : équipe infirmière plutôt jeune avec un roulement de personnel important ;

présence d'une garde médicale venant de la GMF adjacente ; le personnel infirmier doit parfois gérer des urgences seul ; l'UCCSPU est disponible pour les situations d'urgence et l'établissement se trouve là où il y avait une ancienne urgence. Le niveau d'éloignement du CLSC de Saint-Pamphile est cependant très éloigné (60 minutes ou plus de trajets routiers d'un hôpital).

4.2.3.3 CLSC de L'Isle-aux-Grues (IAG)

Les services courants de L'Isle-aux-Grues présentent une réalité insulaire et unique de la région de Chaudière-Appalaches. Le service se compose d'une seule personne infirmière en poste qui est de garde 24 heures sur 24 et qui travaille 7 jours sur 7. Une personne médecin de famille fait des visites ponctuelles sur l'île, mais dans la grande majorité du temps, la personne en poste à l'Isle-aux-Grues est seule, advenant une situation d'urgence. L'UCCSPU y est aussi instaurée depuis plusieurs années. Sans voie terrestre, les transferts d'urgence s'effectuent majoritairement en avion amenant des enjeux différents des autres CLSC. Le CLSC est considéré comme isolé (aucune voie terrestre pour se rendre à un hôpital).

4.2.3.4 CLSC du Lac-Etchemin (LE)

Le CLSC du Lac-Etchemin (LE) a été retenu, car il n'a pas accès aux services de l'UCCSPU. Ce CLSC possède aussi un GMF-U adjacent, faisant qu'il y a aussi une garde médicale à certains moments. Tout comme les CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et de Saint-Pamphile, le CLSC du Lac-Etchemin est dans un établissement où il y a déjà eu une urgence qui desservait la population locale. Le CLSC est éloigné (30 minutes ou plus en trajet routier d'un hôpital).

Le Tableau 4 ci-dessous permet de comparer les différences et similitudes entre les quatre CLSC faisant partie de l'échantillon.

Tableau 4. Caractéristiques des quatre CLSC (cas) à l'étude

CLSC → Caractéristiques ↓	SJPJ	SP	IAG	LE
Ancienne urgence locale (salle de réanimation)	X	X		X
Personnel infirmier parfois seul	X	X	24/7	
UCCSPU	X	X	X	
Présence GMF/GMF-U dans établissement	X	X		X
Niveau d'éloignement	Éloigné	Très éloigné	Isolé	Éloigné

4.2.4 Instruments de la collecte de données

4.2.4.1 Canevas d'animation et collecte sur le terrain

Le canevas d'animation des rencontres a été élaboré pour répondre aux deux objectifs de la recherche couverte par ce mémoire. Il a fait l'objet d'un processus de validation et de coconstruction avec les autres cochercheur-es et partenaires, dont les gestionnaires des équipes des services courants rencontrées. Deux canevas d'animation ont été utilisés selon les personnes qui étaient rencontrées : un pour les personnes collaboratrices qui n'étaient pas au sein d'une équipe des services courants et un pour le personnel des services courants. Les différentes versions de ces canevas d'animation se retrouvent à l'Annexe II. Pour les équipes infirmières des services courants, les personnes gestionnaires locales ont pu transmettre en avance les questions qui allaient être amenées avec les personnes intéressées à participer à la démarche. Cela donnait ainsi plus de temps aux membres de ces équipes de réfléchir aux

questions. Pour les autres partenaires, les questions à discuter ont aussi été transmises à l'avance lorsque c'était possible, majoritairement via courriel.

4.2.4.2 Rencontres de discussion semi-dirigées auprès des personnes collaboratrices dans les CLSC

Les personnes rencontrées ont été considérées comme des collaboratrices à la recherche faisant partie de l'équipe de recherche et non des personnes participantes. Ces personnes collaboratrices devaient néanmoins donner leur accord verbal avant le début de la rencontre pour que l'enregistrement audio soit effectué pour faciliter la prise de notes. Les points de discussion ont porté sur différents sujets, dont :

- Le fonctionnement lors de transfert d'urgence ;
- Les difficultés que peuvent rencontrer les différentes équipes (services courants, UCCSPU, Centre de communication d'urgence Chaudière-Appalaches (CAUCA), services préhospitaliers d'urgence) lors de ces situations ;
- Les forces que possèdent les différentes équipes (services courants, UCCSPU, CAUCA, services préhospitaliers d'urgence) lors de ces situations ;
- Des relations avec les différents partenaires impliqués dans ces situations ;
- La trajectoire de soins idéale lors de ces situations ;
- Les moyens de mieux outiller le personnel infirmier des services courants des CLSC, lors de ces situations d'urgence ;
- Tous autres éléments que les personnes collaboratrices désiraient partager en lien avec ces situations d'urgence.

Toutes les personnes infirmières travaillant aux services courants d'un des quatre CLSC sélectionnés pouvaient collaborer à la recherche. Un contact direct par les personnes

gestionnaires des équipes des services courants concernées était d'abord réalisé pour les informer de la démarche et sa raison d'être, tout en partageant un document informatif sur celle-ci (Annexe I). Les infirmières étaient avisées que leur participation demeurerait volontaire.

Les rencontres étaient réalisées en personne, directement dans le milieu de travail, par l'étudiante-chercheure et sa directrice. Ces visites sur le terrain ont été planifiées avec les personnes gestionnaires pour réduire les impacts sur la charge de travail des équipes des services courants et les services offerts aux usagers. Si les rencontres de groupes étaient préconisées, plusieurs rencontres individuelles ont aussi été réalisées afin de ne pas découvrir les services offerts par ces petites équipes. Les personnes infirmières qui étaient disponibles pouvaient participer à la rencontre, pendant qu'une de leurs collègues restait en poste pour continuer le travail. Les rôles étaient ensuite inversés pour que tout le monde puisse participer aux discussions. La durée des rencontres variait selon le nombre de personnes collaboratrices, soit entre 30 et 45 minutes. Les personnes infirmières des services courants qui ne travaillaient pas durant les visites des milieux ont été invitées à envoyer leurs réponses ou commentaires à l'équipe de recherche ou à leur gestionnaire, sous forme écrite ou sous forme d'enregistrement audio. Pour l'Isle-aux-Grues, la visite a été réalisée lors d'une journée où la personne infirmière en poste dédiait son temps à la tenue de dossier. Ainsi, elle était simplement de garde lors de l'entrevue.

Avec l'accord des personnes gestionnaires, des photos des bâtiments et départements des services courants ont été effectuées lors des visites sur le terrain. Les services courants de Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Pamphile et Lac-Etchemin disposaient d'une salle de soins critiques. Ces salles regroupaient des civières, des médicaments d'urgence et du matériel, comme un moniteur pour la réanimation cardiaque. Le CLSC de l'Isle-aux-Grues possédait aussi un espace de stabilisation ainsi que des médicaments pour des situations d'urgence.

D'autres personnes collaboratrices ont été rencontrées, en dehors des équipes locales des CLSC. Ce recrutement s'est fait par contact direct ou téléphonique grâce aux partenaires de l'équipe de recherche. Il était plus difficile de réaliser des rencontres dans les milieux des

autres personnes partenaires. Pour cette raison, les rencontres ont été réalisées en ligne, via un logiciel de vidéoconférence (TEAMS). Une personne collaboratrice a été rencontrée par téléphone, vu des enjeux de connexion. Comme pour les personnes infirmières, les rencontres ont été individuelles ou, lorsque possible, en petits groupes, allant jusqu'à 5 personnes. La durée des rencontres variait selon le nombre de partenaires présent, soit entre 30 et 45 minutes. Elles ont été enregistrées avec l'option du logiciel de vidéoconférence.

La totalité des rencontres, autant celles en présentiel que celles en ligne, a été réalisée entre le 5 novembre 2021 et le 3 février 2022.

4.2.4.3 Profil des personnes collaboratrices

Au total, 23 personnes collaboratrices ont été rencontrées. Les personnes infirmières des services courants des différents CLSC avaient des profils différents ainsi que des expériences variées en lien avec la pratique infirmière et celles des partenaires. Deux personnes gestionnaires de ces équipes infirmières ont aussi participé aux échanges, parfois de façon formelle lors des rencontres avec les équipes et parfois de façon informelle, en ajoutant des commentaires, des anecdotes ou des nuances aux défis rencontrés lors de situations d'urgence. Les autres personnes rencontrées étaient des personnes professionnelles en dehors du CLSC, pour obtenir des points de vue sur les défis des transferts d'urgence impliquant les CLSC ruraux. Ces personnes étaient, entre autres, des personnes des services préhospitaliers d'urgence, la direction de l'UCCSPU, des urgentologues de l'UCCSPU, une personne infirmière répondante de l'UCCSPU, des personnes de la Centrale des appels d'urgences de Chaudière-Appalaches (CAUCA) et des personnes cadres ou conseillères. La nécessité de rencontrer les services préhospitaliers s'est fait ressentir dès les premières visites sur le terrain, aux CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et de Saint-Pamphile en raison de questionnements des membres de l'équipe de recherche concernant les transferts d'urgence avec le personnel préhospitalier et celui des services courants. Le Tableau 5 ci-dessous résume les profils des 23 personnes collaboratrices.

Tableau 5. Profil des personnes collaboratrices ayant participé à la collecte de données

AFFILIATION(S) DES PERSONNES COLLABORATRICES	TITRE D'EMPLOI (NOMBRE DE PERSONNES COLLABORATRICES)	SECTEUR(S)
Services courants (CLSC)	Gestionnaire (1)	Saint-Jean-Port-Joli ; Saint-Pamphile ; Isle-aux-Grues
	Personnes infirmières (2)	Saint-Jean-Port-Joli
	Personnes infirmières (4)	Saint-Pamphile
	Personne infirmière (1)	Isle-aux-Grues
	Gestionnaire (1)	Lac-Etchemin
	Personnes infirmières (2)	Lac-Etchemin
Services préhospitaliers d'urgence (1)		Chaudière-Appalaches
Centrale d'Appels d'Urgence de Chaudière-Appalaches (CAUCA) (3)		Chaudière-Appalaches
Unité de Coordination Clinique des Services Préhospitaliers d'Urgence (UCCSPU)	Personne chef de service (1)	Chaudière-Appalaches
	Médecins (2)	Chaudière-Appalaches
	Personne infirmière (1)	Chaudière-Appalaches
Direction des soins infirmiers (DSI)	Personnes conseillères et cadres (4)	Chaudière-Appalaches
TOTAL DE PERSONNES COLLABORATRICES RENCONTRÉES	23	

4.2.4.4 Validation des synthèses

Une fois les rencontres effectuées, l'équipe de recherche a réalisé des synthèses résumées. Ces synthèses comportaient des points formes simples, rapportant ce que les personnes avaient mentionné lors des rencontres. Elles ont ensuite été acheminées par

courriel aux personnes collaboratrices pour être validées. Des éléments d'informations complémentaires pouvaient alors être ajoutés par les membres des équipes

4.2.5 Analyse des données

Les synthèses ont été réalisées à partir des notes de terrain et des enregistrements des rencontres visant à rendre compte des échanges. Le contenu des synthèses a ensuite été analysé avec la version 1.6.1 du logiciel NVivo. Le cadre de Smith et al. (2019) a été utilisé pour la codification des données tout en laissant de l'espace pour des catégories émergentes. Des schémas ont été créés progressivement durant l'analyse des données, pour avoir une représentation visuelle des résultats.

Un retour auprès des équipes infirmières des services courants visités a été réalisé lors d'une rencontre en vidéoconférence le 30 mai 2023. Après cette présentation, les équipes des services courants ont été invitées à partager leurs commentaires soit verbalement durant la rencontre ou par courriel. Les personnes infirmières absentes ont reçu les documents de la présentation et pouvaient contacter l'équipe de recherche si elles avaient des questions ou des commentaires. Cette étape a permis de revalider les résultats et d'identifier des questionnements et préoccupations qu'avaient certains membres des services courants et qui n'avaient pas été mentionnés avant.

4.3 CONSIDERATIONS ETHIQUES

Des discussions avec le conseiller du comité d'éthique responsable ont mené à identifier l'ensemble du processus comme une démarche d'amélioration plutôt qu'une recherche (développement de nouvelles connaissances) proprement dite. Les personnes ayant participé à la démarche ont été considérées comme des personnes collaborant à la réalisation d'un portrait de la situation et de l'identification des solutions à apporter. Cette recherche n'a donc pas fait l'objet d'une évaluation des conformités éthiques, puisqu'elle n'en avait pas besoin. Elle a tout de même été déposée et inscrite au guichet de la recherche du CISSS de

Chaudière-Appalaches comme projet dit « hors processus » et a fait l'objet d'un examen de la convenance institutionnelle.

Même si la certification éthique de la recherche n'était pas requise pour ce projet d'amélioration, plusieurs considérations ont été prises en compte pour s'assurer de respecter les principes de l'EPTC2 : le respect des personnes, la préoccupation pour le bien-être et la justice (Gouvernement du Canada, 2022). Le respect des personnes réfère à l'autonomie et la validation du consentement libre, éclairé et continu à la participation à la recherche (Gouvernement du Canada, 2022). Il a été rappelé à toutes les personnes collaboratrices que leur implication était volontaire et qu'elles pouvaient se retirer en tout temps sans conséquence. Une emphase a été mise sur le fait que chaque personne collaboratrice n'était pas en soi une personne participante, mais bien une personne faisant partie de l'ensemble de l'équipe. Par leur expérience et expertise, les personnes collaboratives étaient vues comme des expertes dans leur domaine de travail. Chaque personne apportait un savoir d'une valeur égale aux autres. La préoccupation pour le bien-être implique de protéger le bien-être des personnes collaboratrices, selon les risques possibles de la recherche (Gouvernement du Canada, 2022). Finalement, le principe de justice implique le respect de l'équité entre les différentes personnes, dont une répartition entre les avantages et inconvénients liés à la collaboration à cette recherche (Gouvernement du Canada, 2022). Dans le but de réduire au maximum les inconvénients, l'horaire de travail a été planifié pour ne pas ajouter une charge supplémentaire aux personnes collaboratrices lors de la réalisation des entrevues durant les visites terrain. En ce qui concerne les autres considérations éthiques, les enregistrements des rencontres ont été détruits après la fin de l'analyse des données. Ces enregistrements et les documents qui contenaient des coordonnées ou des informations sensibles ont été déposés dans un espace protégé pour les données de recherche de la Chaire CIRUSSS pour ce projet sur le serveur sécurisé de l'UQAR, qui est protégé via un identifiant et un mot de passe.

L'équipe de recherche était sensibilisée au possible conflit de rôle qui aurait pu être associé, vu que certaines personnes collaboratrices étaient des gestionnaires et en position d'autorité sur d'autres personnes collaboratrices. Les rencontres étaient réalisées par

l'étudiante chercheuse et sa directrice de recherche, et le principe de volontariat a été respecté pour la participation auprès des membres non gestionnaires de l'équipe.

4.4 CRITERES DE SCIENTIFICITE

Cette recherche collaborative a respecté les critères de scientificité des recherches de type qualitative, soient la crédibilité, la fiabilité, la confirmabilité et la transférabilité.

La crédibilité vise à s'assurer qu'une recherche a pu réaliser une réplique juste de ce qui a été observé et rapporté (Bourgeois, 2016). Pour la crédibilité, cette recherche a utilisé la triangulation, soit le croisement de plusieurs données provenant des personnes participantes, des écrits institutionnels et des notes d'observation de l'étudiante-chercheuse (Kivits et al., 2016). Il y a eu plusieurs retours entre l'équipe de recherche concernant l'avancement du projet et les personnes collaboratrices. Ceci a favorisé le partage d'informations durant tout le long de la recherche, contribuant à la crédibilité (Sylvain, 2008). La vérification par des personnes collaboratrices est aussi une méthode importante pour s'assurer de la crédibilité d'une recherche de type qualitatif (Sylvain, 2008). La validation des synthèses résumant les entrevues avec les personnes collaboratrices de cette étude contribue ainsi à en assurer la crédibilité. De plus, les différentes perspectives des personnes collaboratrices ont été reflétées avec rigueur, à la suite des entrevues et échanges dans l'équipe de recherche. Cette description détaillée permet encore une fois de venir assurer la crédibilité de cette recherche (Sylvain, 2008).

La fiabilité signifie que si elle est reproduite dans les mêmes circonstances, cette recherche mènerait à des résultats similaires (Proulx, 2019). La fiabilité réfère à la rigueur de la méthode faisant en sorte que d'autres personnes chercheuses pourraient atteindre des conclusions comparables (Sylvain, 2008). Pour s'assurer que les données récoltées par la personne chercheuse demeurent objectives, des échanges ont eu lieu régulièrement avec le reste de l'équipe de recherche. Les prises de décisions à la suite des différentes rencontres ont été documentées rigoureusement.

La confirmabilité permet de vérifier que les résultats et interprétations reliées ne sont pas imaginés par la personne chercheuse (Sylvain, 2008). Plusieurs démarches ont été effectuées tout au long de la recherche pour assurer la confirmabilité de celle-ci. Les données ont été récoltées de façon objective et les rencontres semi-dirigées ont été enregistrées. Celles-ci ont été mises sous forme de synthèse et validées par les personnes rencontrées. Plusieurs retours ont été effectués sur le terrain pour valider les résultats préliminaires et prochaines étapes à venir. Chaque personne collaboratrice de l'équipe était invitée à partager ses suggestions et commentaires et du temps était alloué pour les questionnements et discussions. Ces échanges ont pu se faire à des périodes déterminées en groupe via un logiciel de vidéoconférence. Il était aussi possible pour les différentes personnes collaboratrices de contacter directement la personne chercheuse via adresse courriel pour échanger sur la recherche, permettant ainsi l'anonymat au besoin. Les résultats sont donc le fruit d'un processus ayant été validé par différentes personnes, d'une façon constante via différentes actions, assurant ainsi sa confirmabilité (Sylvain, 2008).

Le critère de la transférabilité est relié aux similarités possibles entre différents contextes (Sylvain, 2008). Les résultats de ce mémoire pourraient être adaptés à d'autres situations (Sylvain, 2008). Chaque processus relié à cette recherche a été documenté dans le but de laisser des traces précises, faisant en sorte que l'étude pourrait être répliquée ailleurs au Québec et même ailleurs dans le monde. L'étude de cas encadrés présentée dans cette recherche permet de mettre l'emphasis sur la description des contextes, faisant ressortir les ressemblances et différences de chaque milieu, ce qui favorise la transférabilité. Les critères de sélections ayant mené aux échantillons ont aussi été rigoureusement décrits. L'unicité des situations et du contexte de chaque milieu a aussi été détaillée.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS DE RECHERCHE

Ce chapitre présente les résultats sous forme d'étude de cas encastrés. La première partie s'intéresse à identifier les principaux facilitateurs et barrières à la pratique infirmière dans le contexte d'une urgence rurale pour chaque CLSC avant de proposer une analyse globale de l'ensemble des cas. Le fonctionnement de chaque CLSC lors des situations d'urgence et les transferts est décrit. Les barrières et facilitateurs pouvant influencer la pratique infirmière en ruralité lors de situations d'urgence dans les différents milieux visités sont ensuite présentés en fonction des niveaux du cadre de Smith et al. (2019) sous la forme de schémas, avec les explications reliées. Les résultats des études de cas dans les CLSC se fondent sur l'expérience des équipes locales alors que l'analyse globale des cas inclut aussi la vision de leurs partenaires comme le personnel paramédical ou l'équipe de l'UCCSPU. Un schéma intégrateur est aussi présenté pour cette analyse globale dans le but d'amener des nuances pour mieux comprendre les besoins et défis des différents acteurs.

5.1 OBJECTIF 1 : EXPLORER LES ELEMENTS FACILITANTS ET LES OBSTACLES A LA GESTION DES URGENCES PAR LE PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS

5.1.1 Explications des schémas

Les résultats schématisés sont expliqués préalablement ici pour favoriser une meilleure compréhension auprès des personnes lectrices de ce mémoire. Pour chaque schéma, une légende sera présente pour rappeler les grands éléments.

Deux des concepts centraux des schémas sont les barrières et les facilitateurs selon le cadre de Smith et al. (2019). La classification des barrières et facilitateurs s'est faite via un code de couleur : les fonds vert pâle représentent ce qui est associé à la sphère du micro, c'est-à-dire ce qui touche le personnel infirmier et son équipe. Les éléments avec un fond jaune pâle représentent le meso et ce qui touche la communauté et les décisions locales. Les éléments au fond rouge orangé touchent la sphère du macro et donc ce qui concerne davantage les systèmes nationaux. Il y a parfois certains éléments qui ont un fond en dégradé, indiquant qu'ils appartiennent à deux sphères différentes. Les barrières sont représentées sous forme de rectangles au contour rouges et les facilitateurs sont en forme de rectangles avec des coins ronds et un contour bleu.

En plus de ces facilitants et obstacles, certaines caractéristiques des situations d'urgence ont été mises en évidence, soit : la rareté de l'événement, l'environnement où il se produit et son imprévisibilité. Ces trois caractéristiques ont été intégrées et mises en évidence dans les schémas. Elles sont représentées sous forme d'hexagone concave aux contours mauves dans les schémas.

Les relations entre certains éléments sont représentées par des flèches. Il y a des influences unidirectionnelles et d'autres bidirectionnelles, lorsque deux éléments s'influencent simultanément. Pour faciliter les explications, chaque relation est associée à une lettre. La couleur de l'extrémité de la flèche correspond à l'origine de l'influence : si l'extrémité d'une flèche mauve pointe un élément, cela signifie que cet élément est influencé par une caractéristique de la situation d'urgence. La nature même des relations n'est pas représentée dans les schémas pour éviter une surcharge visuelle. Elle sera expliquée à la suite de chaque schéma.

Certains schémas comportent des symboles sur certains éléments : triangles, pentagones et étoiles. Ces symboles ont le même objectif que les flèches. Ils ont comme but d'identifier des liens ou des relations entre différents éléments. Deux éléments ayant par exemple une étoile indiquent qu'une relation les unit. Le choix d'utiliser des symboles plutôt

que des flèches étaient pour des choix visuels et alléger les schémas. Les significations des différents symboles et relations seront expliquées à la suite de chaque schéma.

Bien que l'écriture inclusive ait été favorisée jusqu'ici dans la rédaction de ce mémoire, l'application totale de ce choix s'est avérée impossible dans les schémas, sans mettre en compromis le visuel et la clarté. Vu le manque d'espace, certaines sections des schémas ne sont pas en écriture inclusive. Dans certaines cases des dits schémas, le terme « infirmière » se retrouve seul, mais implique la signification de « personne infirmière ». Il s'agit du même principe pour le terme « infirmier » qui se retrouve parfois dans les schémas, mais qui inclut la signification de « personnel infirmier ».

5.1.2 CLSC de Saint-Jean-Port-Joli

Cette section présente une étude de cas selon les résultats obtenus et analysés à la suite de la visite du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli (SJPJ) et des discussions avec les personnes collaboratrices de l'équipe locale.

5.1.2.1 Organisation et fonctionnement du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli lors des urgences

Le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli se situe dans un établissement qui était anciennement une urgence locale. Dans ce même établissement, il y a la présence adjacente d'un GMF. Le personnel médical de ce GMF avait parfois des périodes de gardes pour des urgences pouvant survenir au CLSC. Lors d'une situation nécessitant des soins d'urgence, si le personnel médical du GMF adjacent était de garde, l'UCCSPU ne devait qu'être utilisée que s'il y avait un besoin d'assistance ou dans un cas où le personnel médical sur place n'était pas à l'aise. Si aucun personnel médical n'était de garde, le personnel infirmier pouvait contacter l'UCCSPU selon l'urgence. Il est parfois arrivé qu'une personne infirmière sollicite l'aide de personnel médical non de garde, tout en utilisant le soutien de l'UCCSPU, pour aider à des manœuvres physiques ou des techniques de soins, comme dans un contexte de RCR. Certaines zones grises étaient présentes dans ces situations, à savoir qui devrait prendre

en charge la situation entre l'UCCSPU et le personnel médical. Selon l'organisation du travail, il arrivait qu'une seule personne infirmière soit en poste aux services courants durant certains quarts de travail, comme durant les fins de semaine. Ceci limite la concertation et le soutien disponibles lors de situations d'urgence, mais l'UCCSPU était disponible en tout temps. Concernant les transferts en ambulance, il pouvait y avoir certains délais avant l'arrivée de l'ambulance, mais cela restait rare. Avec des conditions météorologiques ou routières difficiles, le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli se trouve à plus de 30 minutes de temps de transport d'un hôpital.

5.1.2.2 Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants de Saint-Jean-Port-Joli

La Figure 4 ci-bas présente les barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli dans un contexte d'urgence.

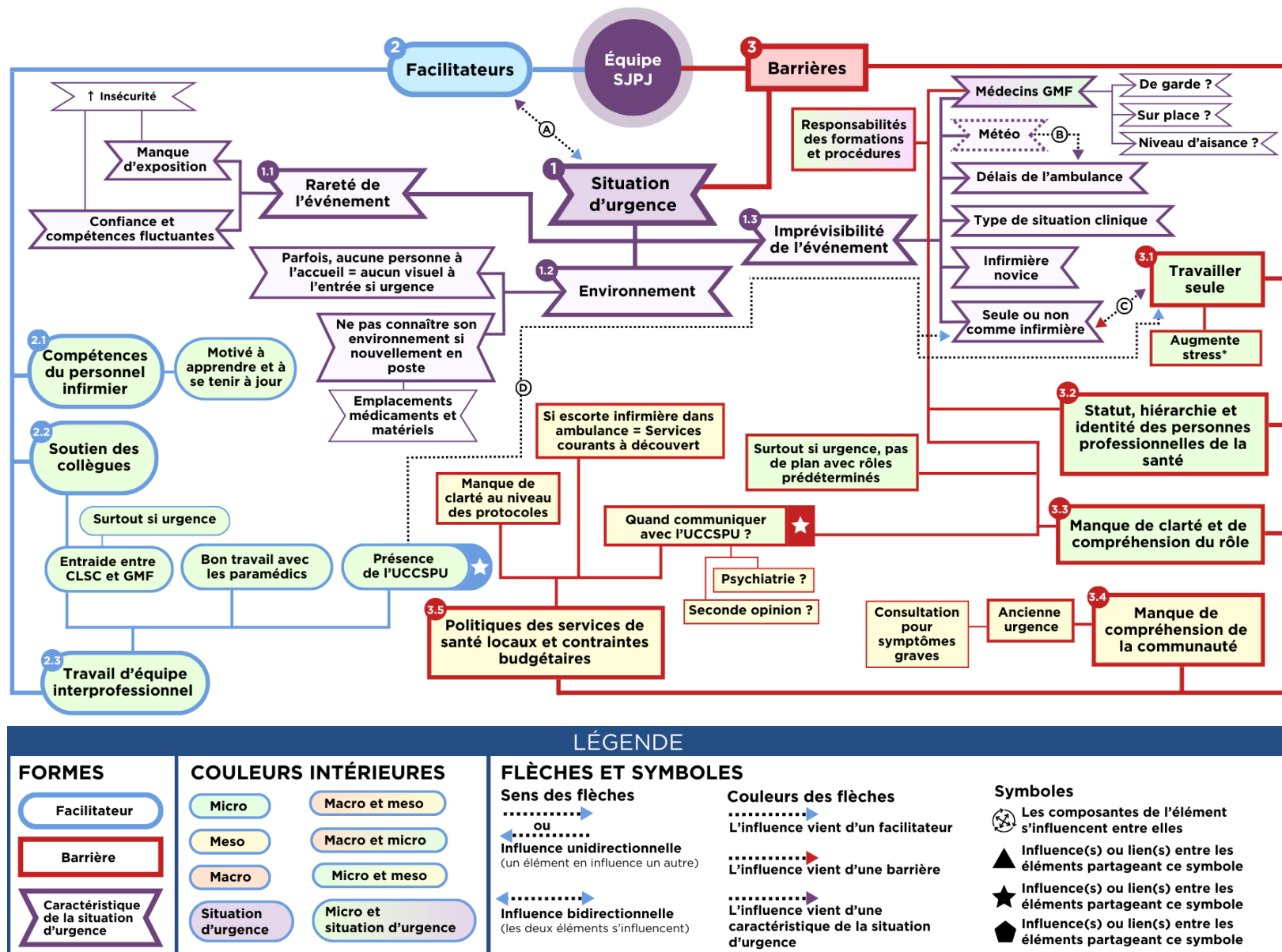


Figure 4. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de Saint-Jean-Port-Joli

Trois caractéristiques des situations d'urgence ont été nommées par l'équipe locale, soit la rareté de la situation d'urgence (1.1), son environnement (1.2) et son imprévisibilité (1.3). La rareté de l'événement d'urgence amène un manque d'exposition et une fluctuation des compétences et de la confiance chez les personnes infirmières de ce milieu. L'environnement du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli possède deux particularités. La première étant que l'organisation physique des bureaux fait que la personne infirmière, qui travaille parfois seule lors de la dernière heure de la journée, n'a aucun visuel sur l'entrée du CLSC. Lorsqu'il n'y a pas de personne agente administrative à l'accueil, le personnel infirmier pourrait ne pas voir une urgence dans l'immédiat (ex.: si une personne perdrait conscience dans l'entrée de l'établissement). Cette particularité fait en sorte que la personne infirmière en poste, avec l'absence de la personne agente administrative à la réception, s'installe dans le corridor pour terminer ses notes de la journée, et avoir un visuel sur l'accueil. L'autre élément est le niveau de connaissance de son environnement, lorsqu'une infirmière est nouvellement en poste. Cet élément amène une complexité supplémentaire pour les nouvelles personnes en poste lors d'urgence, lorsqu'elles ne savent pas les emplacements des médicaments et matériels, surtout quand le stress se fait ressentir. Concernant l'imprévisibilité de la situation d'urgence, celle-ci se compose de six éléments : les médecins travaillant dans le GMF adjacent, la météo, les délais de l'ambulance, le type de situation clinique d'urgence, les infirmières novices et le fait d'être seule ou non comme personne infirmière. Concernant les médecins des GMF, il est difficile de savoir s'il y aura du personnel médical de garde ou sur place s'il arrivait un événement urgent. Il est aussi impossible de prévoir le niveau d'aisance en soins d'urgence du personnel médical qui serait sur place. La météo amène des enjeux, comme plus d'urgences et parfois moins de personnel si des personnes ne peuvent se rendre au travail. Les délais de l'ambulance sont aussi impossibles à prévoir : le véhicule peut être déjà sur un appel ailleurs ce qui entraîne des délais importants avant son arrivée au CLSC. L'imprévisibilité de l'urgence touche aussi le personnel en poste : il est impossible de prévoir qui travaillera durant ce moment. Il est possible que toutes les personnes infirmières soient novices ou débutantes, ce qui rajoute une

complexité et du stress à la situation. Finalement, être seule ou non comme personne infirmière lors d'urgence vient aussi jouer sur cette caractéristique.

L'analyse des résultats a permis d'identifier un total de trois facilitateurs, tous dans la sphère du micro : les compétences du personnel infirmier (2.1), le soutien des collègues (2.2) et le travail d'équipe interprofessionnel (2.3).

Concernant les compétences du personnel infirmier, les personnes infirmières du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli ont des capacités facilitatrices puisqu'elles sont motivées à apprendre et à se tenir à jour concernant les situations d'urgence. Le soutien des collègues et le travail en équipe interprofessionnelle sont deux éléments facilitants qui sont aussi présents : Il y a une entraide importante entre le personnel du CLSC et celui du GMF adjacent, surtout lorsqu'il y a des urgences. Les personnes infirmières des services courants ont une bonne relation avec les paramédics. Finalement, la présence de l'UCCSPU est aussi un élément positif qui a été identifié autant comme un soutien des collègues (personnel infirmier) et comme travail d'équipe interprofessionnel (urgentologues).

L'équipe de Saint-Jean-Port-Joli a identifié cinq barrières, dont trois dans la sphère du micro : travailler seule comme personne infirmière (3.1), le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle infirmier (3.3). Les deux autres barrières concernent le meso : le manque de compréhension de la communauté (3.4) et les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires (3.5).

Le fait de travailler seule augmente grandement le stress pour les personnes infirmières, particulièrement pour celles novices ou nouvellement en poste. La simple possibilité de devoir gérer une urgence en étant seule comme infirmière contribue à ce stress, même si cette possibilité est faible. Concernant le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé, il y a des zones grises entre les personnes infirmières des services courants et les médecins du GMF adjacent lors de situations d'urgence. Les responsabilités de chaque personne lors de ces moments ne sont pas clairement définies, faisant que la

situation est grandement influencée par le médecin de la GMF et le personnel infirmier. Cela vient un peu rejoindre le manque de clarté et de compréhension du rôle infirmier dans ce contexte. Puisqu'il n'y a pas de plan d'urgence avec des rôles prédéterminés, beaucoup de décisions se prennent à la dernière minute à savoir qui fait quoi durant l'événement. La participation des médecins GMF lors des situations d'urgence entre en conflit avec le rôle et le mandat de l'UCCSPU, qui ne peut agir à distance si un-e médecin est déjà sur place.

Le manque de compréhension de la communauté s'explique via l'histoire de la municipalité et du CLSC. Puisque le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli se trouve dans un même établissement où il y avait avant une ancienne urgence, il y a encore une partie de la population qui s'y présente pour des symptômes et des cas graves qui dépassent le mandat de l'établissement. Concernant les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires, cette barrière regroupe un manque de politiques claires concernant les procédures et mandats de chaque personne professionnelle de la santé lors de situations d'urgence. Cette barrière du meso est intimement reliée à celle du micro concernant le manque de clarté et de compréhension du rôle infirmier dans ce contexte d'urgence. La réalité rurale et le soutien de l'UCCSPU n'étant pas une généralité au sein du CISSS-CA, mais davantage des exceptions, il y a des enjeux regardant les procédures reliées : le manque de clarté concernant les protocoles, les enjeux si les services courants deviennent à découvert, car la personne infirmière est partie en ambulance avec le patient transféré et les moments ciblés pour communiquer avec l'UCCSPU. Pour certaines personnes infirmières, les moments pour communiquer avec l'UCCSPU ne sont pas bien définis. S'il est évident que l'UCCSPU peut être contactée pour des situations cardiaques et urgentes, certaines personnes infirmières se demandent si l'UCCSPU peut être contactée dans des cas urgents de psychiatries ou bien simplement pour obtenir une seconde opinion.

Les relations sont décrites ci-bas, en faisant soit référence aux lettres des flèches dans le schéma ou au type de symbole associé.

Relation A : Ce qui compose la situation d'urgence a été catégorisé comme faisant partie des barrières, puisque cela amène davantage de négatifs que de positifs. Cependant,

les facilitateurs peuvent venir influencer les caractéristiques de la situation d'urgence en venant moduler celles-ci. Sans surprise, les facilitateurs sont eux-mêmes influencés par les caractéristiques de la situation d'urgence, c'est-à-dire que ces dernières peuvent venir diminuer l'impact des facilitateurs.

Relation B : L'impact le plus important de la météo concerne les délais de l'ambulance qui sont augmentés lorsque les conditions routières sont défavorables.

Relation C : Puisque l'urgence est imprévisible, il est impossible de prévoir du personnel supplémentaire en conséquence. L'urgence peut arriver quand une seule personne infirmière est en poste. Le niveau de confiance, d'aisance et d'expérience envers les situations d'urgence vont varier d'une personne infirmière à une autre, ce qui risque d'influencer les soins donnés.

Relation D : La présence et le soutien de l'UCCSPU font qu'une personne infirmière peut se sentir moins seule et réduire son stress.

Symbole de l'étoile : Comme vu dans la Relation D ci-dessus, l'UCCSPU diminue une caractéristique de la situation d'urgence et une des barrières. Cependant, l'unité vient aussi avec des barrières, comme le manque de clarté et de compréhension des rôles : les moments pour savoir quand il est possible de communiquer avec l'UCCSPU ne sont pas bien définis du point de vue des personnes infirmières du CLSC. De plus, certaines zones grises, dont la responsabilité légale de la personne professionnelle en charge sur place, demeurent avec le soutien de l'UCCSPU et l'implication potentielle des médecins GMF lors de ces situations.

5.1.3 CLSC de Saint-Pamphile

Cette section présente une étude de cas selon les résultats obtenus et analysés à la suite de la visite du CLSC de Saint-Pamphile (SP) et des discussions avec les personnes collaboratrices de l'équipe locale.

5.1.3.1 Organisation et fonctionnement du CLSC de Saint-Pamphile lors des urgences

Le fonctionnement du CLSC de Saint-Pamphile lors de transfert d'urgence ressemble beaucoup à celui du CLSC de Saint-Jean-Port-Joli : le CLSC se situe dans un établissement qui était anciennement une urgence locale. Il y a un GMF adjacent avec des périodes de garde médicale. Le soutien de l'UCCSPU est disponible en tout temps quand il n'y a pas de personnel médical sur place. L'UCCSPU est parfois sollicitée malgré la présence de personnel médical sur place. Les enjeux concernant qui doit prendre la situation en charge, entre l'UCCSPU et le personnel médical sur place, sont aussi présents à cet endroit. Il arrive aussi que certaines personnes infirmières travaillent seules. Selon l'organisation du travail, il arrivait qu'une seule personne infirmière soit en poste aux services courants durant certains quarts de travail, comme durant les fins de semaine. Les délais avant l'arrivée d'une ambulance sont rares, mais possibles. Avec des conditions météorologiques ou routières difficiles, le CLSC de Saint-Pamphile se trouve à plus de 60 minutes de distance d'un hôpital.

5.1.3.2 Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants de Saint-Pamphile

La Figure 5 ci-bas présente les barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants du CLSC de Saint-Pamphile dans un contexte d'urgence.

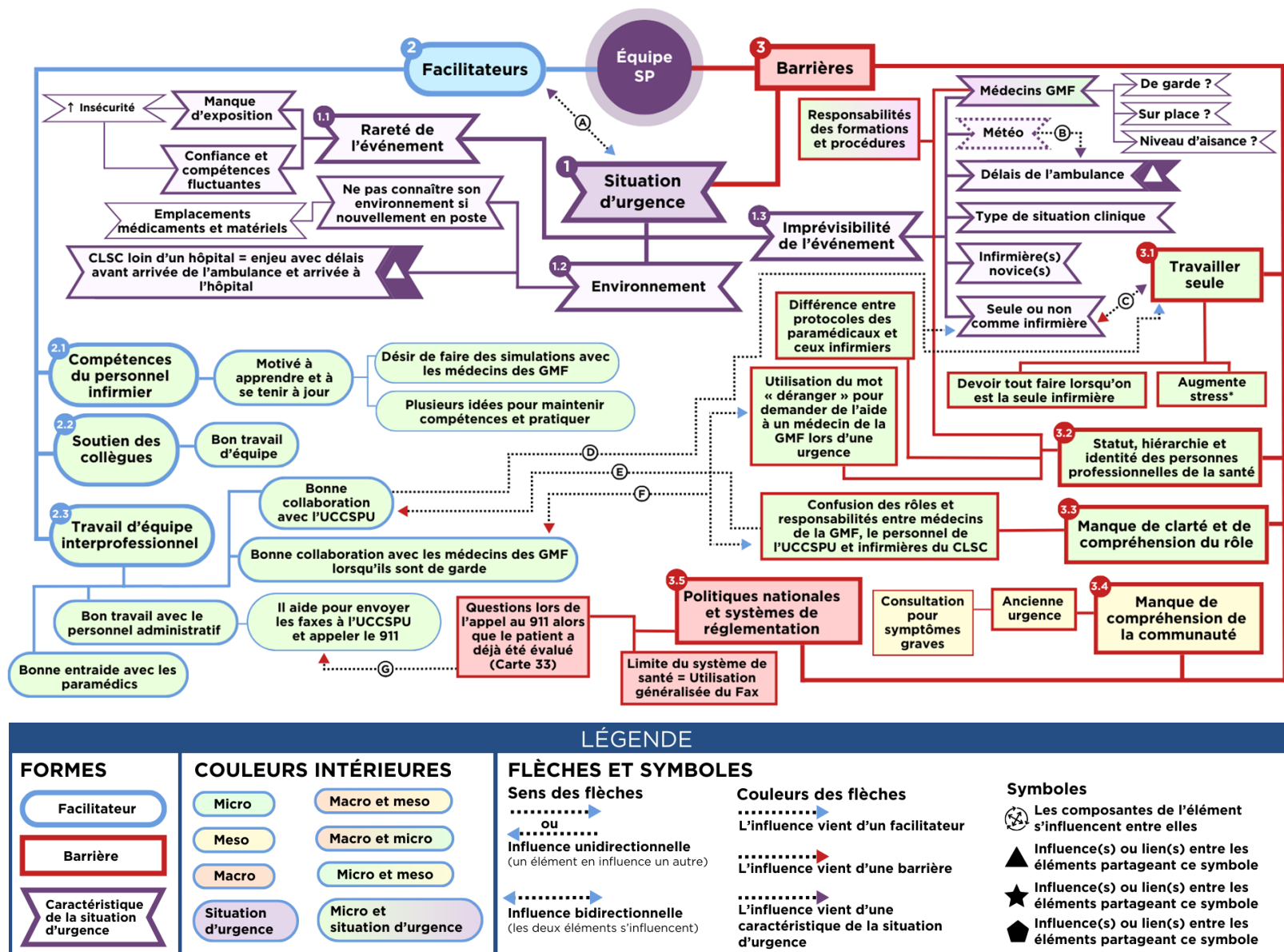


Figure 5. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de Saint-Pamphile

La rareté de la situation d'urgence (1.1), son environnement (1.2) et son imprévisibilité (1.3) ont été nommés comme des caractéristiques, tout comme pour le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli.

L'environnement du CLSC de Saint-Pamphile possède deux particularités. Premièrement, le CLSC est très éloigné et assez loin d'un hôpital : il y a un enjeu potentiel concernant les délais avant l'arrivée des paramédics. Cette réalité est reconnue des personnes infirmières des services courants. L'autre élément concernant l'environnement est le niveau de connaissance de son environnement lorsqu'une infirmière est nouvellement en poste, toujours en lien avec l'emplacement du matériel et des médicaments d'urgence. Concernant les éléments contribuant à l'imprévisibilité de la situation d'urgence, ce sont les mêmes que ceux soulevés à Saint-Jean-Port-Joli soit la présence de médecins travaillant dans un GMF adjacent, mais l'impossibilité de déterminer leur disponibilité ou niveau d'aisance face aux situations d'urgence, la météo, les délais de l'ambulance difficile à prévoir, le type de situation clinique d'urgence, la présence de plusieurs personnes infirmières novices et le fait d'être parfois seule au CLSC comme personne infirmière.

Tout comme l'équipe de Saint-Jean-Port-Joli, trois facilitateurs de la sphère du micro ont été identifiés pour l'équipe de Saint-Pamphile : les compétences du personnel infirmier (2.1), le soutien des collègues (2.2) et le travail d'équipe interprofessionnel (2.3). Les personnes infirmières des services courants du CLSC de Saint-Pamphile ont des capacités facilitatrices puisqu'elles sont motivées à apprendre et à se tenir à jour concernant les situations d'urgence. Elles désirent même impliquer les médecins du GMF adjacent dans des simulations de pratique d'urgence. Ces personnes infirmières ont aussi plusieurs idées pour maintenir leurs compétences et pratiquer. Le soutien des collègues est aussi présent avec un bon travail d'équipe. Le travail d'équipe interprofessionnel lors de situations d'urgence inclut la bonne collaboration avec l'UCCSPU, avec les médecins de la GMF lorsqu'ils sont de garde, avec les personnes agentes administratives et avec les paramédics.

Cinq barrières ont été identifiées pour l'équipe de Saint-Pamphile. Trois sont dans la sphère du micro : le fait de travailler seule comme personne infirmière (3.1), le statut, la

hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle infirmier (3.3). La barrière du meso est le manque de compréhension de la communauté (3.4). Pour le macro, la barrière identifiée est celle des politiques nationales et systèmes de réglementation (3.5).

Pour les mêmes raisons expliquées pour le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli, travailler seule comme personne infirmière au CLSC de Saint-Pamphile augmente grandement le stress, particulièrement pour celles qui sont novices ou nouvellement en poste. Pour le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé, il y a les mêmes zones grises déjà expliquées entre les personnes infirmières des services courants et les médecins du GMF adjacent lors de ces situations d'urgence. Le mot « déranger » est souvent utilisé par le personnel infirmier de ce CLSC lorsqu'il mentionne chercher de l'aide auprès du personnel médical du GMF, lors d'une situation urgente et où la vie d'une personne est possiblement menacée. Le manque de clarté et de compréhension du rôle revient encore une fois à la confusion des rôles et des responsabilités entre les médecins du GMF, le personnel de l'UCCSPU et les personnes infirmières du CLSC. La différence entre les protocoles des paramédics et ceux infirmiers a aussi été mentionnée comme une barrière qui touche la hiérarchie.

Concernant le manque de compréhension de la communauté, le CLSC de Saint-Pamphile se trouve lui aussi dans le même établissement où il y avait anciennement une urgence. Il y a encore une partie de la population qui s'y présente pour des symptômes et des cas graves qui dépassent le mandat de l'établissement.

Pour les politiques nationales et systèmes de réglementation, un irritant majeur mentionné était que les questions demandées lors d'un appel au 911 étaient nombreuses et faisaient perdre du temps précieux, considérant que le patient avait déjà été évalué par une personne infirmière. Un autre élément qui amène une barrière concerne la limite du système de santé actuel au Québec, qui utilise toujours le Fax comme moyen de communication. Ce système amène parfois des délais entre l'envoi d'un ECG à l'UCCSPU et la réception de celui-ci du côté de l'HDL.

Les relations A, B, C et D sont les mêmes que celles expliquées pour Saint-Jean-Port-Joli. Les relations différentes sont décrites ci-bas, en faisant soit référence aux lettres des flèches dans le schéma ou au type de symbole associé.

Relation E : La confusion des rôles qui touche l’UCCSPU et les médecins du GMF vient diminuer son impact de facilitateur. Même s’il y a une bonne collaboration entre l’UCCSPU et les personnes infirmières des services courants, la confusion entre l’implication des médecins du GMF adjacent et l’unité amène une barrière qui a un impact sur tout le monde, dont le personnel infirmier et les personnes recevant les soins.

Relation F : Les zones grises concernent les responsabilités des personnes infirmières des services courants et des médecins du GMF adjacent lors des situations d’urgence, ainsi que la confusion des rôles avec l’UCCSPU. Ces deux éléments, déjà expliqués dans la Relation E ci-haut, vient diminuer l’impact facilitateur de la bonne collaboration entre les personnes infirmières des CLSC et les médecins des GMF. La responsabilité des urgences semble appartenir aux personnes infirmières, informellement peut-être, puisque le terme « déranger » est utilisé par le personnel infirmier lorsqu’il mentionne solliciter les médecins pour obtenir de l’aide lors d’une situation d’urgence.

Symbole du triangle : Considérant la réalité du CLSC de Saint-Pamphile, qui est très éloigné d’un centre hospitalier, les délais avant l’arrivée de l’ambulance, qui sont eux-mêmes influencés parfois par la météo et les conditions routières, ont un effet encore plus important. Les délais avant d’atteindre un centre hospitalier étant plus élevés, chaque minute peut faire la différence entre le choix d’un traitement et parfois même la vie ou la mort.

5.1.4 CLSC de L’Isle-aux-Grues

Cette section présente une étude de cas selon les résultats obtenus et analysés à la suite de la visite du CLSC de L’Isle-aux-Grues (IAG) et des discussions avec la personne infirmière en poste dans ce CLSC.

5.1.4.1 Organisation et fonctionnement du CLSC de l'Isle-aux-Grues lors des urgences

Le CLSC de L'Isle-aux-Grues se trouve dans un établissement qui inclut un logement disponible pour les personnes qui viennent effectuer des remplacements comme infirmier ou infirmière. Le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues se compose donc d'une seule personne de garde 24/7. Il n'y a pas de médecin ni d'autres personnes professionnelles de la santé sur place. Dans une situation d'urgence, la personne citoyenne est invitée à appeler au 811/911 pour aviser de la situation : ceci évite des déplacements inutiles au CLSC si le personnel infirmier est ailleurs. Puisque la majorité des urgences arrivent en dehors du CLSC (à domicile, sur la route ou en nature), la personne en poste se déplace régulièrement sur les lieux. Le soutien de télésanté de l'UCCSPU, qui est seulement disponible au CLSC, n'est donc pas bien adapté à la réalité du milieu. Puisque la personne infirmière en poste actuellement possède une bonne relation avec certaines personnes urgentologues de l'hôpital de Montmagny, elle contacte directement l'urgence de cet établissement lors de situations graves. Les transferts d'urgence sont majoritairement réalisés en avion, et le temps de vol est rarement un enjeu. Lorsque les vols deviennent impossibles en raison des conditions météorologiques ou autres raisons (ex. présence d'oies), la possibilité de transférer la personne par bateau, en absence de glaces, devient une option qui requiert plus de temps. Il arrive que le transfert soit simplement impossible dans certaines rares occasions (glaces sur le fleuve et vols impossibles), ce qui exige que le personnel infirmier soit au chevet de la personne 24h/24h dans le but de stabiliser son état, jusqu'à ce que le transfert soit possible. Avec sa réalité insulaire, sans lien routier et dépendant des avions et des bateaux pour les transferts, le CLSC de l'Isle-aux-Grues est considéré comme isolé.

5.1.4.2 Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants de l'Isle-aux-Grues

La Figure 6 ci-bas présente les barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants du CLSC de l'Isle-aux-Grues dans un contexte d'urgence.

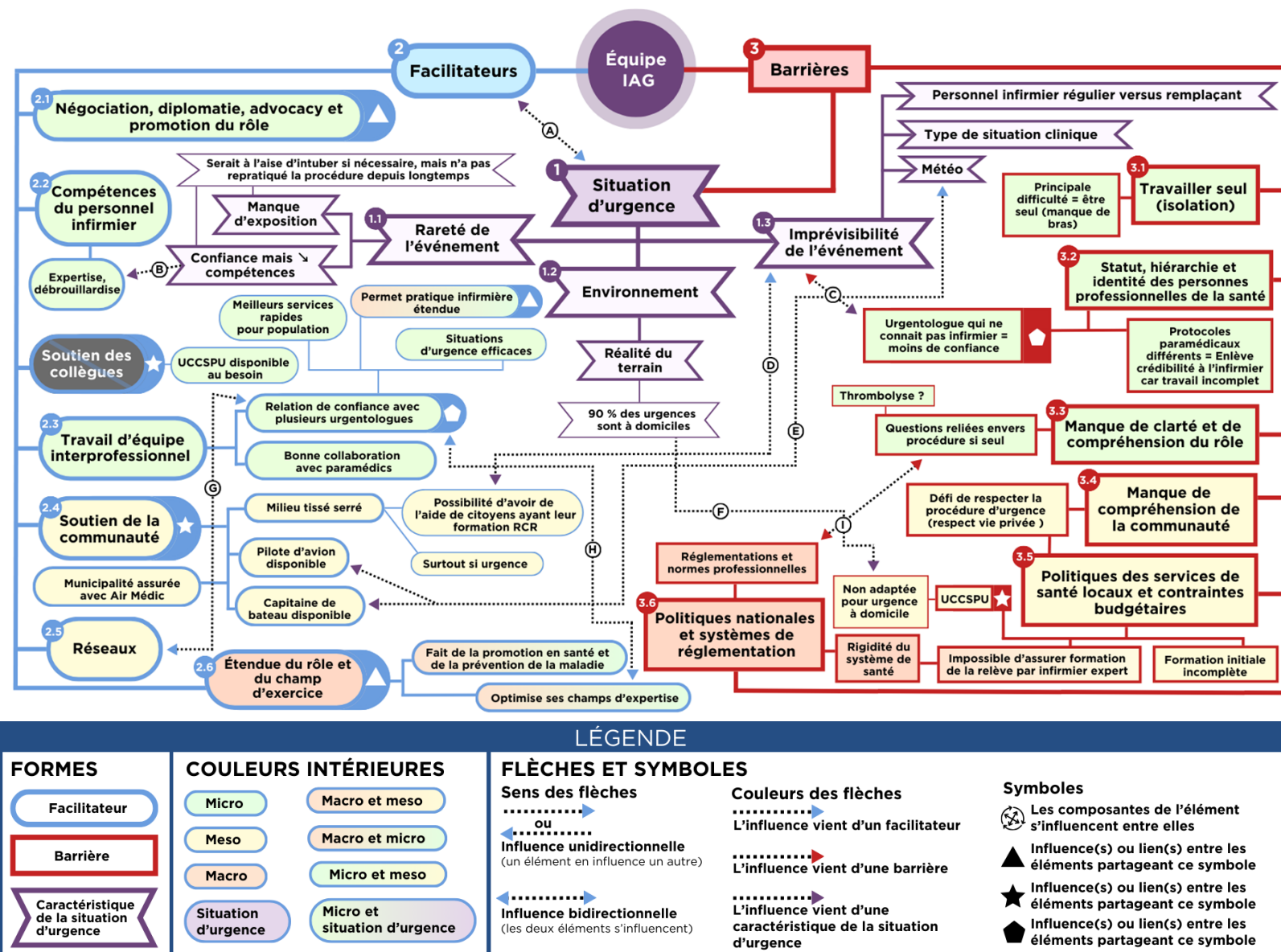


Figure 6. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de l'Isle-aux-Grues

Les trois mêmes caractéristiques des situations d'urgence ont été identifiées dans ce milieu. La rareté de la situation d'urgence (1.1) amène un manque d'exposition et une diminution des compétences du personnel infirmier comme dans les autres CLSC visités, et ce, même si la personne en poste dit avoir confiance en elle lors de ces situations, puisqu'elle a de l'expérience en soins d'urgence. Dans une situation où la vie serait menacée, la personne en poste dit qu'elle serait prête à tenter des techniques invasives, comme une intubation, même si elle considère manquer de pratique. La réalité du terrain concernant l'environnement (1.2) de L'Isle-aux-Grues fait en sorte que la grande majorité des urgences sont à domiciles ou à l'extérieur du CLSC, ce qui est une situation particulière à cet établissement. Concernant l'imprévisibilité de la situation (1.3), celle-ci se compose de la météo, du fait que le personnel infirmier régulier soit en congé ou non et du type de situation clinique. Les transferts sont dépendants de cette météo, puisque certaines conditions empêchent d'utiliser sécuritairement un avion ou un bateau. Il est impossible de prévoir la situation clinique et les techniques de soin associées et l'horaire de la personne infirmière régulière. Puisque cette personne infirmière régulière a de l'expertise en soins d'urgence et est dans la communauté de l'île depuis plusieurs années, elle connaît bien les ressources sur l'île et à Montmagny, son environnement de travail, ainsi que les outils disponibles, dont l'UCCSPU et certains protocoles. La confiance entre les personnes citoyennes de l'île et elle est aussi acquise. Si une urgence arrive alors que la personne normalement en poste est en congé, la situation devient rapidement plus complexe, car ce n'est pas toujours la même personne qui assure le remplacement. Les niveaux d'expertise et d'aisance en soins d'urgence peuvent donc varier, tout comme le niveau de confiance de la communauté envers cette personne qui n'est pas nécessairement bien connue.

L'analyse des résultats a permis d'identifier un total de six facilitateurs pour l'Isle-aux-Grues, dont trois qui sont dans la sphère du micro : la négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle (2.1), les compétences du personnel infirmier (2.2) et le travail d'équipe interprofessionnel (2.3). Les deux facilitateurs associés au meso sont le soutien de la communauté (2.4) et les réseaux (2.5). Le facilitateur du macro est l'étendue du rôle et du champ d'exercice (2.6).

Le facilitateur de la négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle s'explique par le personnel infirmier de L'Isle-aux-Grues qui fait la promotion de son rôle professionnel, particulièrement en verbalisant l'importance pour lui d'agir au niveau de la promotion de la santé et de la prévention de la maladie. Comme capacités facilitatrices dans ses compétences, il possède une bonne expertise et est débrouillard, ce qui est un atout lors des situations d'urgence. Le travail d'équipe interprofessionnel fait référence en premier lieu à la bonne collaboration entre le personnel infirmier et les paramédics. En deuxième lieu, il fait référence aux relations de confiance entre le personnel infirmier et les urgentologues de l'hôpital de Montmagny : cette collaboration permet à la population de l'île d'avoir des services rapidement, de rendre la gestion des situations d'urgence plus efficaces et aussi d'assurer une pratique infirmière plus étendue. Bien que le soutien des collègues ne soit pas présent pour le personnel infirmier de L'Isle-aux-Grues, puisqu'il travaille seul en permanence, il est important de souligner le soutien de l'UCCSPU. Bien que l'unité ne soit pas utilisée souvent par le personnel infirmier pour différentes raisons qui sont abordées plus loin, la possibilité de l'utiliser constitue une sécurité. Lorsque le personnel infirmier régulier est en vacances, l'UCCSPU devient possiblement plus pertinente pour les personnes infirmières remplaçantes qui vivent une situation d'urgence. Il n'a toutefois pas été possible de rencontrer des personnes remplaçantes dans le cadre de cette recherche. Cette hypothèse n'a pas pu être validée.

La personne en poste au CLSC de l'Isle-aux-Grues, n'ayant pas le soutien de collègues, dispose d'un soutien important de la communauté de l'île. Il s'agit d'un milieu tissé serré et le personnel infirmier verbalise qu'il peut recevoir de l'aide de personnes citoyennes, surtout lors de situations d'urgences. Les pilotes d'avion et capitaines de bateau se montrent aussi disponibles lorsqu'un transfert d'urgence est nécessaire. Le facilitateur des réseaux revient au fait que le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues a des contacts en dehors de sa communauté directe pour l'aider ou le soutenir au besoin dans les situations d'urgence.

Concernant l'étendue du rôle et du champ d'exercice, le personnel infirmier utilise son expertise au maximum avec la collaboration des médecins urgentologues et fait de la promotion de la santé de façon active.

Il y a un total de six barrières identifiées pour l'équipe de l'Isle-aux-Grues. Pour la sphère du micro, il y a trois barrières, dont le fait de travailler seul (3.1), le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle (3.3). Deux barrières sont dans la sphère du meso : le manque de compréhension de la communauté (3.4) et les politiques locales de santé et de services et contraintes budgétaires (3.5). La dernière barrière associée au macro concerne les politiques nationales et les systèmes de réglementation (3.6). Bien que de travailler seule soit la norme pour la personne en poste à L'Isle-aux-Grues, cette réalité reste tout de même difficile lors de situation d'urgence. La principale difficulté lors de ces événements est d'être seule comme personne infirmière et de « manquer de bras », comme pour amorcer des manœuvres de réanimations ou pour effectuer des techniques de soin. Le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé est une barrière à l'Isle-aux-Grues : il y a des différences dans les protocoles de certains médicaments entre les paramédics et le personnel infirmier. Cet enjeu nuit à la crédibilité de la personne infirmière de l'Isle-aux-Grues par rapport à la population et à elle-même, puisque le personnel paramédical effectue le travail du personnel infirmier en complétant la dose d'un médicament. Bien que ce type de protocole touche aussi la sphère du meso via la barrière des politiques des services de santé locaux et contraintes budgétaires et la sphère du macro avec la barrière des politiques nationales et les systèmes de réglementation, le personnel infirmier ressent personnellement l'impact à l'échelle de la microsphère, puisque cela touche son identité et autonomie professionnelle. Ensuite, le fait que parfois, l'urgentologue travaillant à l'hôpital de Montmagny ne connaît pas le personnel infirmier régulier de l'Isle-aux-Grues et qu'il n'y ait pas de lien de confiance préalablement établi, ajoute de la complexité à la situation. La communication peut être difficile et les rôles ainsi que les attentes peuvent être confus ou mésinterprétés. Le manque de clarté et de compréhension du rôle amène la personne en poste à se poser des questions en lien avec son travail et la réalité insulaire. Puisqu'elle est toujours seule comme

professionnelle de la santé, il est incertain si elle est autorisée à administrer un traitement de thrombolyse (autrement dit s'il est prudent de le faire), même avec une aide à distance d'un urgentologue ou de l'UCCSPU.

Bien que l'Isle-aux-Grues soit le seul milieu où le soutien de la communauté comme facilitateur ait été mentionné, le manque de compréhension de la communauté est tout de même une barrière présente. La population de l'île a parfois de la difficulté à respecter les procédures pour signaler une urgence. Il est demandé à la population d'appeler directement le 911 ou le 811 pour faire part de la situation à une ressource infirmière ou à une personne répartitrice du 911, qui jugera alors la pertinence de rejoindre le personnel infirmier du CLSC de l'Isle-aux-Grues. Par la suite, le personnel infirmier de garde est contacté et se déplace au besoin, soit là où il y a l'urgence ou bien au CLSC comme point de rencontre avec la personne ayant besoin de soins. Cependant, certaines personnes dans la population perçoivent, à tort, qu'il est plus facile ou intuitif de se rendre directement au CLSC ou chez la personne infirmière pour recevoir de l'aide ou pour l'aviser de la situation en pensant gagner du temps. À l'inverse, cette façon de faire peut occasionner des délais supplémentaires si le personnel infirmier est ailleurs. Celui-ci peut être alors n'importe où ailleurs sur l'île, faisant des courses ou des activités en nature. Le fait qu'il possède sa propre maison sur l'île, et dans un emplacement bien connu de la communauté, amène des conflits quand des personnes citoyennes se présentent directement chez lui. Cette façon de faire s'avère être une intrusion dans l'espace de vie privée de la personne infirmière même si elle est de garde 24/7. Ce défi de respecter les procédures d'urgence concerne aussi l'autre barrière du meso : les politiques locales de santé et de services et contraintes budgétaires.

Cette situation peut s'expliquer par la perception que les personnes répondantes au 911 ou le 811 ne soient pas au courant des réalités insulaires uniques et que la répartition de l'urgence ne soit pas optimale. Certaines personnes ignoreraient même la présence d'une personne infirmière de garde à l'Isle-aux-Grues. Cela amène une autre perte de temps et une confusion supplémentaire dans les différents rôles des parties concernées. Autre composante de la barrière des politiques locales de santé et de services et contraintes budgétaires :

l'UCCSPU n'est pas adaptée à la réalité de l'île. Puisque la grande majorité des urgences sont à l'extérieur du CLSC, il est impossible pour la personne en poste d'accéder facilement aux matériels audiovisuels pour communiquer avec l'unité. La personne infirmière n'apporte pas non plus tout le matériel du CLSC avec elle lorsqu'elle se déplace ailleurs : il serait impossible de tout amener. Dans la barrière des politiques locales de santé et de services, la formation offerte à l'embauche d'un poste dans les services courants des CLSC est incomplète, selon le personnel infirmier. La formation est la même pour les personnes allant travailler en plein centre-ville que pour celles qui vont travailler dans une municipalité rurale ou dans un milieu atypique, comme celui de L'Isle-aux-Grues. Le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues croit que les urgences et le contexte unique de l'île devraient être abordés au besoin dans cette formation pour aider les nouvelles recrues à mieux comprendre la dynamique de l'île et favoriser leur intégration. Ce qui amène à l'autre sous-composante de cette même barrière : l'impossibilité d'assurer la formation de la relève pour la personne présentement en poste et qui possède une riche expérience infirmière en contexte isolé. Dans une situation idéale, tous milieux confondus, il est toujours mieux pour une personne infirmière novice d'avoir une formation et une intégration par une personne experte qui connaît le milieu. En dehors des savoirs formels, plusieurs savoirs informels peuvent être transmis. Une partie de la culture et de l'histoire est aussi transmise ce qui peut aider la personne infirmière novice à développer un sentiment d'appartenance à son nouveau milieu de travail. Cet échange est aussi bénéfique pour la personne experte, qui transmet un savoir acquis. Puisqu'il s'agit d'un modèle unique dans la région de Chaudière-Appalaches, la nécessité d'offrir une formation spécifique et adaptée serait indiquée. La personne en poste au moment de la collecte de données, qui se rapprochait petit à petit de la retraite, mentionnait l'importance pour elle de former la personne qui prendra sa place.

La barrière de la sphère du macro concerne les politiques nationales et les systèmes de réglementation et est liée à la barrière du meso des autres politiques locales. La rigidité du système de santé influence les autres directives locales, ce qui vient influencer les barrières du meso. Les normes et réglementations professionnelles viennent jouer sur les

questionnements de la personne en poste sur la pertinence de réaliser certaines procédures en étant seul, comme la thrombolyse.

La relation A est la même que pour les milieux déjà présentés. Les relations différentes seront décrites ci-bas, en faisant soit référence aux lettres des flèches dans le schéma ou au type de symbole associé.

Relation B : Le fait que la personne en poste à l'Isle-aux-Grues soit confiante, mais qu'elle évalue du même coup que ses compétences en soins d'urgence soient réduites (vu la rareté de ce type d'événements), diminue ses capacités d'intervention, et ce même si cette personne possède une expertise antérieure en soins d'urgence et qu'elle se considère comme débrouillarde.

Relation C : Il est impossible de prévoir si l'urgentologue travaillant à l'urgence de l'hôpital de Montmagny connaît bien le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues. Cette variante peut venir influencer le reste de la situation d'urgence. Elle vient aussi augmenter l'imprévisibilité, puisqu'il ne s'agit pas de la norme.

Relation D : À cause de l'imprévisibilité de l'événement, c'est-à-dire qu'il est impossible de prévoir les situations d'urgence, il est aussi impossible de prévoir si la personne en poste pourra obtenir de l'aide de la communauté. Le personnel infirmier a mentionné qu'en situation d'urgence, certaines personnes citoyennes de l'île ont leur formation RCR et/ou sont disponibles pour l'aider, principalement lors de manœuvres physiques. Ce soutien n'est cependant jamais garanti. L'imprévisibilité vient diminuer ce soutien, puisqu'il n'y a pas de système officiel de second répondant. Le personnel infirmier se questionne jusqu'où il est possible d'aller pour solliciter cette aide informelle : combien d'appels peuvent être faits avant de trouver une personne disponible pour l'aider, alors que le temps est déjà compté ? Dans le sens inverse, lorsqu'il y a de l'aide de la communauté, cette aide vient atténuer les stress liés à l'imprévisibilité de ces événements. Elle est qualifiée d'aide précieuse, car elle diminue les défis reliés à la situation d'urgence. Cette relation peut donc aller autant dans un sens que dans un autre.

Relation E : Lors d'un transfert d'urgence, les imprévisibilités reliées à la météo peuvent être gérées avec les disponibilités des personnes pilotes d'avion ou celles capitaines de bateau lorsque les vols sont impossibles en raison de la mauvaise météo ou autres événements affectant la visibilité. Cependant, la météo peut rendre inefficaces tous les facilitateurs venant de la communauté. Il arrive même que les transferts en bateau soient impossibles (ex. présence de glaces), faisant en sorte que la personne ayant besoin de soins et d'un transfert doit rester sur l'île jusqu'à un changement des conditions météorologiques.

Relation F : Le fait qu'environ 90 % des urgences sur l'île surviennent à domicile rend l'appareillage permettant d'accéder aux services de l'UCCSPU inadapté à la réalité du terrain, constituant ainsi une barrière.

Relation G : Ces facilitateurs sont reliés entre eux, puisque le travail d'équipe interprofessionnel réalisé entre le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues et les urgentologues de Montmagny est relié aux réseaux. En ayant des personnes contactes, le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues peut gérer les situations d'urgence d'une façon plus optimale.

Relation H : La relation de confiance avec plusieurs urgentologues permet à la personne infirmière en poste d'utiliser son champ d'exercice au maximum et d'exercer pleinement l'étendue de son rôle infirmier. Cette collaboration permet de meilleurs services et soins à la population, ce qui vient encore plus justifier le fait de prioriser une relation directe avec l'urgentologue de l'Hôpital de Montmagny, plutôt qu'avec l'UCCSPU, lors de situations d'urgence.

Relation I : Ces deux barrières sont reliées, puisque les réglementations et normes professionnelles à un niveau national peuvent venir influencer et jouer sur les procédures que l'infirmier pourrait avoir à faire. La réalité unique du travail peut aussi faire en sorte que certaines procédures ne sont pas adaptées aux normes professionnelles en vigueur.

Symbole de l'étoile : Comparativement aux autres équipes des soins courants, le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues n'a pas le soutien de collègues, étant seul en tout temps.

Cependant ce manque de soutien est remplacé par le soutien de la communauté. Bien que ce facilitateur ne remplace pas le soutien des collègues, il est tout de même significatif puisqu'il joue sur les caractéristiques des situations d'urgence (Relations D et E).

Symbole du triangle : Comme mentionné à la Relation H, la personne en poste à l'Isle-aux-Grues a une relation de confiance avec des urgentologues et cela lui permet d'exercer une pratique infirmière étendue.

Symbole du pentagone : Quand le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues communique avec l'urgence de l'hôpital de Montmagny et que l'urgentologue en poste ne le connaît pas, la collaboration est plus difficile.

5.1.5 CLSC du Lac-Etchemin

Cette section présente une étude de cas selon les résultats obtenus et analysés à la suite de la visite du CLSC du Lac-Etchemin (LE) et des discussions avec les personnes collaboratrices de l'équipe locale.

5.1.5.1 Organisation et fonctionnement du CLSC du Lac-Etchemin lors des urgences

Tout comme le CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et de Saint-Pamphile, le CLSC du Lac-Etchemin se trouve dans un établissement qui était anciennement une urgence locale. Dans ce même établissement, il y a la présence d'un GMF-U. Ce CLSC se démarque des trois milieux précédents puisque le soutien de l'UCCSPU n'est pas disponible. C'est le personnel médical de garde de la GMF-U qui gère les situations d'urgence avec le personnel infirmier des services courants du CLSC. S'il n'y a aucun personnel médical de garde, le personnel infirmier a la responsabilité de stabiliser l'état de la personne jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. Les personnes infirmières des services courants de ce CLSC travaillent rarement seules⁴. Les délais de plus de 30 minutes avant l'arrivée de l'ambulance au CLSC

⁴ À la suite de discussions informelles avec le personnel infirmier de cet établissement, en 2024, il s'avère que la situation a changé depuis et que celui-ci travaille seul de plus en plus souvent.

sont également rares, mais peuvent tout de même arriver. Le CLSC du Lac-Étchemin est situé à plus de 30 minutes en trajet routier d'un hôpital.

5.1.5.2 Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants du Lac-Étchemin

La Figure 7 ci-bas présente les barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants du CLSC du Lac-Étchemin dans un contexte d'urgence.

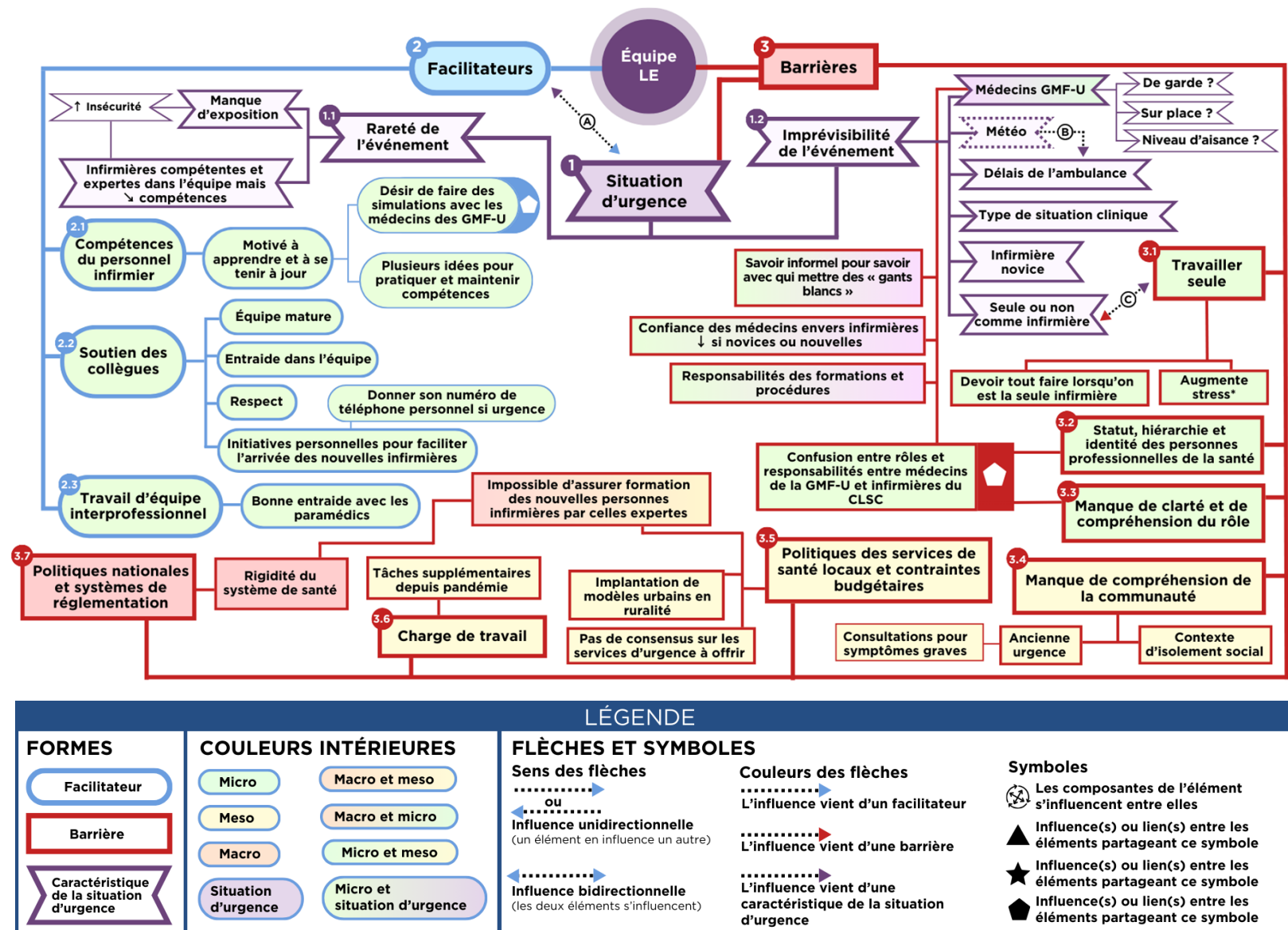


Figure 7. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière du Lac-Échemin

Contrairement aux trois autres CLSC, seulement deux caractéristiques de la situation d'urgence ont été nommées, soit la rareté de la situation d'urgence (1.1), et l'imprévisibilité de l'événement (1.2).

La rareté de l'événement d'urgence (1.1) amène, comme ailleurs, un manque d'exposition. De plus, les personnes infirmières qui se considèrent compétentes et détenant une certaine expertise en soins d'urgence sentent que leurs compétences reliées sont en diminution ou bien « rouillées ». Cela augmente l'insécurité lors de ces moments. Concernant l'imprévisibilité de l'événement (1.2.), les mêmes six éléments nommés à Saint-Jean-Port-Joli et Saint-Pamphile ont été rapportés, soit la disponibilité des médecins travaillant dans le GMF-U adjacent pour aider lors des situations d'urgence, la météo, les délais pour l'arrivée de l'ambulance au CLSC, le type de situation clinique d'urgence, la présence de personnes infirmières novices et le fait d'être seule ou non comme personne infirmière. Concernant les médecins des GMF-U, il y a une imprévisibilité lorsque l'événement arrive à savoir s'il y aura un médecin de garde. Comme ailleurs, la mauvaise météo est associée aux délais d'arrivée de l'ambulance. Ces délais peuvent aussi être associés au fait que, le véhicule soit déjà sur un autre appel ailleurs sur le territoire. Lorsque l'équipe est composée de personnes infirmières novices ou débutantes, cela rajoute une complexité à la gestion de l'urgence et du stress pour les équipes. Finalement, être seule ou non comme personnes infirmières lors d'urgence touche aussi cette caractéristique.

Trois facilitateurs de la sphère du micro ont été identifiés pour l'équipe de Lac-Etchemin : les compétences du personnel infirmier (2.1), le soutien des collègues (2.2) et le travail d'équipe interprofessionnel (2.3).

Les personnes infirmières des services courants du CLSC du Lac-Etchemin ont des capacités facilitatrices puisqu'elles sont motivées à apprendre et à se tenir à jour concernant les situations d'urgence. Elles désirent elles aussi impliquer les médecins du GMF-U adjacent dans des simulations de pratique d'urgence. Ces personnes infirmières ont aussi plusieurs idées pour maintenir leurs compétences et pratiquer. Le soutien des collègues est fortement ressorti comme facilitateur, puisque ce CLSC possède une équipe mature. Le respect et

l'entraide sont présents. De plus, certaines initiatives personnelles et informelles venant de personnes infirmières d'expérience dans l'équipe sont en place pour faciliter la vie des nouvelles personnes en poste, comme le fait de partager leur numéro de téléphone personnel, si jamais il y a une urgence. Ce type d'initiative peut rassurer une nouvelle personne infirmière qui serait seule à travailler sur l'heure du dîner ou pour certaines portions des quarts de travail. Le travail d'équipe interprofessionnel lors de situations d'urgence inclut la bonne entraide avec les paramédics.

Un total de sept barrières a été identifié pour le milieu du Lac-Etchemin. Trois sont associées à la sphère du micro : travailler seule (3.1), statut, hiérarchie et identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle (3.3). Trois barrières sont dans le meso, soit le manque de compréhension de la communauté (3.4), les politiques des services de santé locaux et contraintes budgétaires (3.5) et la charge de travail (3.6). La dernière barrière, dans la sphère du macro, concerne les politiques nationales et systèmes de réglementation (3.6).

Comme pour les autres milieux et pour les raisons déjà mentionnées, travailler seule augmente grandement le stress pour les personnes infirmières, particulièrement celles qui sont novices ou nouvellement en poste. Pour le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé, ainsi que pour le manque de clarté et de compréhension des rôles, il y a toujours ces mêmes zones grises relevées dans les autres CLSC, entre les personnes infirmières des services courants et les médecins du GMF-U adjacent lors de ces situations d'urgence. Ces deux barrières amènent le partage d'un savoir infirmier informel qui se transmet entre l'équipe, comme de savoir avec quel personnel médical il est nécessaire de mettre des « gants blancs » pour solliciter leur aide lors de situation d'urgence. Les personnes infirmières des services courants mentionnent aussi que les médecins du GMF-U ont moins de confiance envers les personnes infirmières novices ou nouvellement en poste. Le personnel médical a tendance à les questionner davantage, pour savoir par exemple si elles ont bien évalué la situation et s'il s'agit bien d'une urgence. Tout comme les autres CLSC, les responsabilités de tous, lors de ces moments, ne sont pas clairement définies,

faisant que la situation est grandement influencée par le médecin de la GMF-U et la personne infirmière.

La première barrière du meso concerne le manque de compréhension de la communauté. Tout comme les CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et Saint-Pamphile, celui du Lac-Etchemin se trouve dans un établissement où il y avait anciennement une urgence. Il y a donc encore une partie de la population qui s'y présente pour des symptômes et des cas graves qui dépassent le mandat actuel de l'établissement. Les personnes infirmières des services courants de ce CLSC ajoutent qu'une partie de la population locale vit davantage d'isolement social. Cela rajoute un défi lorsqu'il est temps de favoriser l'autonomisation au niveau de leur santé et soins, et de leur rappeler les limites de consultation du CLSC. Les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires incluent le manque de consensus sur les services d'urgence à offrir : il n'y a pas de directives claires sur les limites des soins à donner dans des situations d'urgence, entre le CLSC et le GMF-U. Les décisions se prennent souvent à la dernière minute, soit durant l'urgence, par le personnel médical du GMF-U sollicité pour aider à la situation. Les membres de l'équipe des services courants rencontrés ont mentionné leur réticence à l'arrivée de personnes infirmières auxiliaires, comme alternative à des personnes infirmières. L'intégration des personnes infirmières auxiliaires étant déjà faite dans certains CLSC en ville, ce modèle n'a cependant pas été testé en ruralité. L'intégration imminente de personnes infirmières auxiliaires dans l'équipe amène des questionnements envers les tâches supplémentaires des soins intraveineux ainsi que lors de situations d'urgence. Comme dernière barrière du meso, la charge de travail a été mentionnée clairement et seulement dans ce milieu. Pendant la pandémie reliée à la COVID-19, des tâches supplémentaires ont été attribuées au personnel infirmier du CLSC du Lac-Etchemin. Les personnes infirmières des services courants ont maintenant les responsabilités d'administrer de nouveaux traitements intraveineux, qui ne se faisaient avant qu'à Saint-Georges. Les personnes infirmières reconnaissent que ce nouveau service facilite la vie pour les personnes recevant les soins, qui n'ont plus besoin de se déplacer aussi loin pour obtenir leurs traitements. Cependant, cette nouvelle tâche rajoute à la charge de travail. Cette réalité vient diminuer la marge de manœuvre, advenant une urgence potentielle.

La dernière barrière du macro touche les politiques nationales et systèmes de réglementation, mais elle touche aussi le meso via la barrière des politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires. Les personnes infirmières compétentes et expertes des services courants du CLSC du Lac-Etchemin aimeraient pouvoir former la relève avant de partir pour la retraite. Cette possibilité n'est jamais garantie, puisque les procédures d'affichage de poste n'offrent pas toujours cette option. La rigidité du système de santé à l'échelle provinciale inclut d'une certaine façon les restrictions des établissements de santé locaux. Il est difficile de savoir la latitude que possèdent les CISSS et CIUSSS dans ces procédures d'affichage de poste, d'où la décision de mettre cette barrière dans la sphère du macro. Si les personnes infirmières les plus expérimentées partent sans pouvoir transmettre leurs savoirs, cela pourrait avoir des conséquences négatives lors des situations d'urgence : des pertes de temps ou des procédures non optimales pourraient en résulter, considérant que le personnel infirmier expert connaît bien la culture du milieu pouvant impacter la gestion d'urgence, comme les dynamiques entre le CLSC et le GMF-U lors de ces situations.

Les relations A, B, C sont les mêmes que pour les CLSC de Saint-Jean-Port-Joli et Saint-Pamphile. Les relations différentes seront décrites ci-bas, en faisant soit référence aux lettres des flèches dans le schéma ou au type de symbole associé.

Symbole pentagone : Un des facilitateurs offre une solution partielle à une des barrières. Les personnes infirmières désirent faire des simulations de pratique d'urgence avec les médecins des GMF-U et souhaitent ainsi venir réduire l'effet de la barrière qui concerne la confusion des rôles et responsabilités. Le fait d'avoir des pratiques avec les deux équipes pourrait faire en sorte que le personnel médical ait davantage confiance envers les personnes infirmières plus novices, lors de situations d'urgence.

5.1.6 Milieux combinés

Cette section présente l'analyse globale des milieux combinés à la suite des études de cas. Les caractéristiques des situations d'urgence, les facilitateurs et les barrières à la pratique infirmière étendue dans un contexte de ruralité seront davantage définis avec une vision globale pour tous les milieux. Les points de vue des personnes partenaires, en dehors de ceux des services courants, ont été ajoutés dans cette section.

5.1.6.1 Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière de tous les milieux

La Figure 8 ci-dessous montre en globalité les barrières et facilitateurs à la pratique infirmière des services courants pour les personnes infirmières des quatre CLSC.

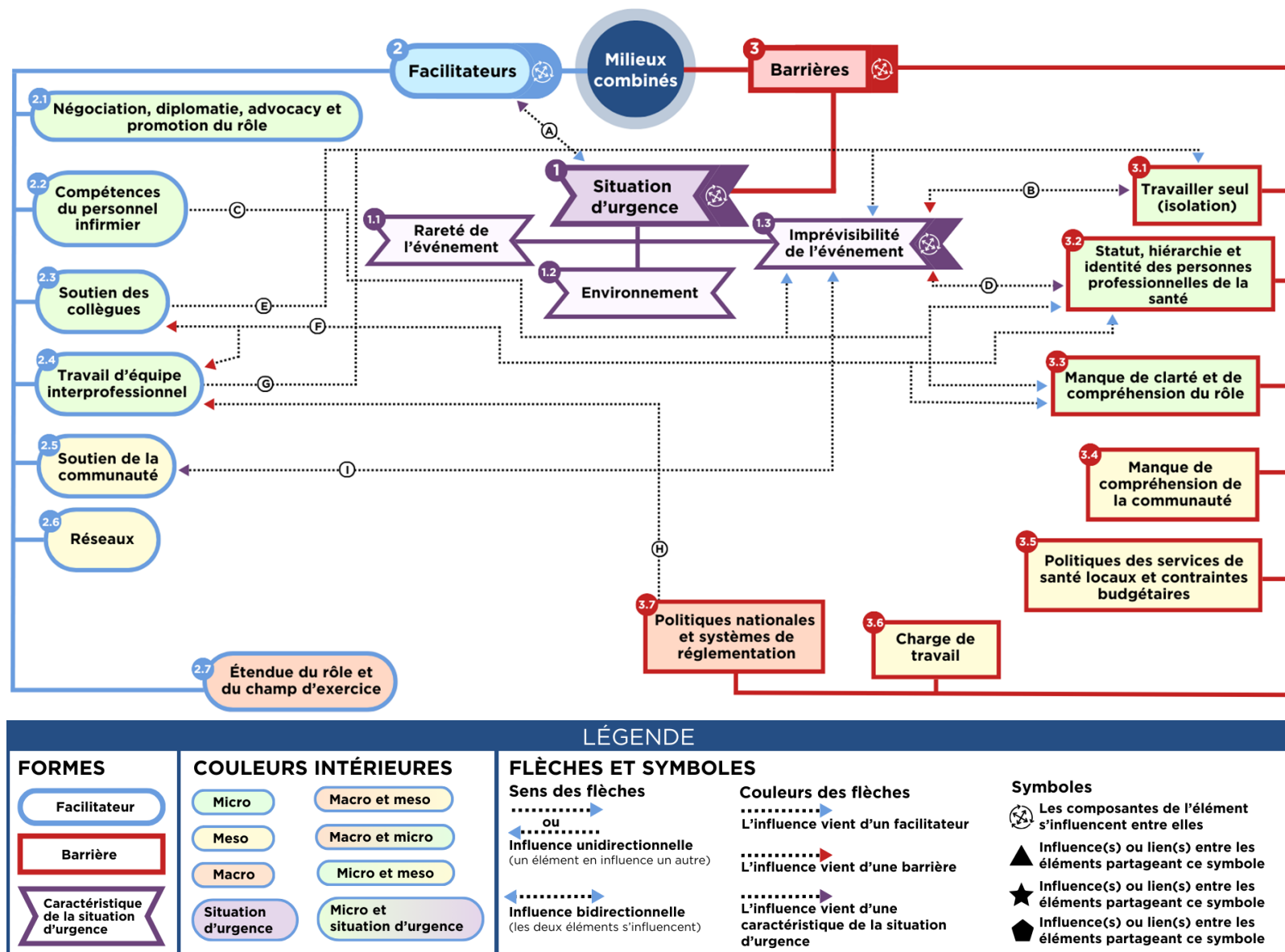


Figure 8. Barrières et facilitateurs à la pratique infirmière (tous les milieux)

5.1.6.2 Caractéristiques des situations d'urgence

Les milieux indiquent que les trois caractéristiques des situations d'urgence, soit la rareté (1.1), l'environnement où elle se déroule (1.2) et son imprévisibilité (1.3), s'influencent entre elles, en plus d'influencer les facilitateurs et obstacles. Effectivement, l'environnement de l'urgence peut influencer l'imprévisibilité avec les délais d'intervention, l'arrivée de l'ambulance ainsi que le soutien disponible. L'imprévisibilité est une caractéristique qui s'influence elle-même, puisque la météo influence parfois les délais avant l'arrivée de l'ambulance.

5.1.6.3 Facilitateurs de la gestion des urgences

En combinant tous les milieux, sept facilitateurs ont été identifiés. Quatre dans la sphère du micro : la négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle (2.1), les compétences du personnel infirmier (2.2), le soutien des collègues (2.3) et le travail d'équipe interprofessionnel (2.4). Deux facilitateurs du meso sont présents, soit le soutien de la communauté (2.5) et les réseaux de contacts (2.6). Le facilitateur du macro est celui de l'étendue du rôle et du champ d'exercice (2.7).

Le facilitateur de la sphère du micro de la négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle (2.1) était présent seulement dans le milieu isolé, soit le CLSC de L'Isle-aux-Grues (IAG). La personne en poste y fait la promotion de l'importance d'agir en promotion de la santé et de la prévention de la maladie pour réduire les situations d'urgences ou tenter de mieux les prévenir. Concernant les compétences du personnel infirmier (2.2), les personnes rencontrées des services courants ont verbalisé être motivées à se garder à jour, en ce qui concerne les soins d'urgence. Certaines personnes infirmières disent se pratiquer lors de journées plus calmes et d'autres ont émis plusieurs idées pour favoriser la pratique ou le maintien des connaissances, comme se lancer des défis lors de journées plus calmes entre personnes collègues pour identifier où sont les médicaments et matériels, ainsi que de faire des mises en situation en incluant le personnel médical des GMF/GMF-U.

Le soutien des collègues (2.3) est un facilitateur qui est ressorti dans tous les milieux, sauf celui de l'Isle-aux-Grues. Un très fort esprit d'équipe est présent dans les différents services courants, principalement lors des situations d'urgence. La personne en poste à l'Isle-aux-Grues reçoit, quant à elle, un soutien important du personnel de l'urgence de Montmagny et de sa communauté qui compense un peu l'absence de collègue sur place (2.5). D'ailleurs, il importe de préciser que ce soutien communautaire n'a été mentionné que dans ce milieu. Dans les autres milieux, la communauté a été seulement associée à des barrières, comme il sera vu plus loin. Le facilitateur du travail d'équipe interprofessionnel (2.4), qui inclut l'UCCSPU, a été vu comme une sécurité et un soutien important. D'ailleurs, les personnes infirmières du CLSC du Lac-Etchemin qui ne bénéficient pas de ce service ont partagé que l'implantation de cette unité dans leur milieu serait bénéfique et apporterait un sentiment de sécurité pour les personnes infirmières nouvellement en poste. Le personnel de l'UCCSPU a dit comprendre la réalité des services courants lors d'une urgence, expliquant qu'une personne infirmière qui ne fait pas d'urgence ne se sentira jamais complètement prête à faire face à ces situations. La rareté de ces événements même avec la présence de formations en cours d'emploi permet difficilement de préserver l'expertise. L'UCCSPU y voit ainsi l'importance de son soutien auprès des services courants. Cette unité se compose de plusieurs personnes professionnelles spécialisées en situation d'urgence. Les personnes infirmières ont aussi de bonnes relations avec le personnel paramédical qui ont, à leur tour, partagé que la collaboration avec les personnes infirmières des services courants lors des transferts était bonne.

Les deux facilitateurs du meso ont été identifiés seulement au CLSC de l'Isle-aux-Grues, soit le soutien de la communauté (2.5) et les réseaux de contacts (2.6). Comme mentionné dans le paragraphe précédent, le personnel infirmier de l'Isle-aux-Grues travaille seul et n'a le soutien d'aucun collègue. En contrepartie, le soutien de la communauté est présent. Le milieu est tissé serré et le personnel infirmier peut obtenir de l'aide de personnes citoyennes, surtout lors de situations d'urgences. Les pilotes d'avion et capitaines de bateau se montrent aussi disponibles en cas d'urgence qui requiert un transfert. Le facilitateur que sont les réseaux de contacts préétablis revient au fait que la personne en poste à l'Isle-aux-

Grues ait des contacts en dehors de sa communauté directe pour l'aider ou pour la soutenir dans les situations d'urgence, dont le personnel régulier de l'urgence de l'hôpital de Montmagny.

Concernant l'étendue du rôle et du champ d'exercice (2.7), il s'agit d'un facilitateur du macro qui a été lui aussi seulement retrouvé dans le milieu de l'Isle-aux-Grues. Le personnel infirmier exerce son champ d'expertise au maximum avec la collaboration des médecins urgentologues et fait la promotion de la santé de façon active. Avec ces relations interprofessionnelles, le personnel infirmier peut avoir une prescription d'antibiotique pour une personne qui en présente les symptômes : ceci évite à la personne citoyenne de l'île de devoir attendre la visite mensuelle de la personne omnipratricienne, au risque de voir son état se détériorer et de devoir même être hospitalisée.

5.1.6.4 Barrières dans la gestion des urgences

Un total de sept barrières à la pratique infirmière a été identifié en rassemblant les milieux. Dans la sphère du micro, il y a la barrière de travailler seul (3.1), le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle (3.3). Pour la sphère du meso, les barrières sont le manque de compréhension de la communauté (3.4), les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires (3.5) et la charge de travail (3.6). Pour le macro, la principale barrière concerne les politiques nationales et les systèmes de réglementation (3.7).

La barrière d'être seule au travail (3.1) était présente dans tous les milieux. Certaines personnes infirmières redoutaient la possibilité de devoir gérer seules une situation d'urgence. Même si ces événements sont rares, cela reste un facteur d'anxiété important pour ces personnes infirmières, surtout si elles sont nouvellement en poste ou travaillent seules. Même pour celles ayant de l'expertise en soins critique, le manque d'exposition à ces événements et le manque de pratique pour les techniques de stabilisation amènent aussi de l'anxiété. Ce stress a deux principales causes : le fait de devoir gérer une situation d'urgence seule et le manque d'exposition aux situations d'urgence, même lorsqu'une infirmière a

beaucoup d'expérience. Bien que le personnel en poste à l'Isle-aux-Grues soit seul en tout temps, ce défi se fait tout de même ressentir lorsqu'il doit faire des manœuvres ou des techniques plus physiques, comme une réanimation cardiorespiratoire. Une autre conséquence d'être seule lors d'urgence, pour une personne infirmière des services courants, est la découverte des services qu'elle doit normalement offrir au CLSC. Pour tous les CLSC, bien que très rares, il demeure possible qu'une escorte infirmière soit nécessaire dans l'ambulance pour la surveillance de l'état ou pour la nécessité d'un traitement ou certaines techniques. Par exemple, si un médicament par voie intraveineuse est prescrit, par l'UCCSPU ou un médecin d'un GMF, la personne infirmière doit monter à bord de l'ambulance. Dans cette situation, il y a une découverte des services courants dans la communauté, surtout lorsque l'infirmière qui part vers l'hôpital est la seule en poste durant cette journée.

Des obstacles entre les personnes infirmières des services courants et le personnel médical des GMF ou GMF-U adjacents peuvent affecter la qualité des relations entre eux, soient les barrières du statut, hiérarchie et identité des personnes professionnelles de la santé (3.2) et le manque de clarté et de compréhension du rôle (3.3). Puisque ces deux barrières du micro sont très reliées, elles seront présentées ensemble. Certains conflits de rôle entre les médecins des GMF et de l'UCCSPU ont été mis en lumière principalement dans deux CLSC, soit Saint-Jean-Port-Joli et Saint-Pamphile. Plusieurs médecins des GMF adjacents à ces CLSC ne connaissent pas l'existence de l'UCCSPU, même si le volet CLSC de l'UCCSPU a été implanté avant l'arrivée de ces deux GMF, soit en 2008. Le volet CLSC de l'UCCSPU visait à offrir un soutien aux personnes infirmières qui étaient alors seules, sans médecin à proximité, à gérer différentes situations d'urgence. Avec l'arrivée des GMF et l'inclusion de certains médecins dans les situations d'urgences, des questionnements sont formulés quant à leurs rôles et celui de l'UCCSPU. C'est un défi pour le personnel infirmier lorsqu'une prescription est nécessaire dans une situation d'urgence. Il existe un risque que ni le personnel médical ni celui de l'UCCSPU ne prenne l'initiative pensant que c'est la responsabilité de l'autre. Ce manque de clarification au niveau des rôles et responsabilités de l'UCCSPU et celles des médecins des GMF apportent beaucoup de confusion pour les personnes infirmières des services courants, surtout qu'il est fréquent que les équipes mobilisent les

deux à la fois. La principale raison serait le besoin d'aide technique lors d'une urgence (besoin de « bras ») comme pour effectuer des manœuvres de RCR. Le personnel médical de l'UCCSPU a mentionné la complexité de cet enjeu, avec la réalité d'aujourd'hui, qui n'est plus la même que lorsque le volet CLSC de l'UCCSPU a été implanté en 2008. D'un côté légal et éthique, le personnel infirmier ou l'urgentologue de l'UCCSPU ne peuvent prendre l'initiative de prendre en charge la situation s'il y a un-e médecin sur place, même si cette personne voudrait simplement aider aux manœuvres de RCR. Puisqu'un-e médecin est sur place, c'est cette personne qui est légalement responsable du patient et des décisions prises.

Le niveau d'aisance des médecins varie aussi d'une personne à l'autre : certaines sont plus interventionnistes que d'autres. Dans un contexte où c'est le personnel médical qui prend en charge la situation d'urgence, il y a une partie du personnel médical qui donne le minimum de soins requis pour stabiliser la personne jusqu'à l'arrivée des paramédics. Une autre partie du personnel médical a plus d'expertise et d'habiletés en soins critiques. Le type de soins offert devient alors la décision du personnel médical responsable de la situation et est difficilement prévisible pour les équipes des services courants et de l'UCCSPU, si l'unité est déjà incluse dans la gestion de la situation d'urgence et qu'elle a été contactée malgré le fait qu'un-e médecin soit sur place. La fluctuation d'aisance dans les situations d'urgence peut être un défi pour le travail interdisciplinaire, surtout pour le personnel infirmier des services courants et la patientèle, qui se retrouvent au cœur des enjeux. Les personnes infirmières des services courants mentionnent qu'il est plus difficile d'agir quand le personnel médical est moins habitué aux situations d'urgence. Dans ces moments, ce dernier peut donner beaucoup de directives urgentes en même temps à une personne infirmière, au lieu d'y aller étape par étape. Puisqu'il n'y a pas de consensus entre les médecins d'un même GMF ou GMF-U sur les soins à donner dans ces conditions d'urgence qui arrivent dans les CLSC, les compétences à maintenir et à prioriser dans les équipes des services courants deviennent fluctuantes et floues. Il est tenté de maintenir le plus de procédures et techniques possible, juste au cas où celles-ci seraient exigées par le personnel médical responsable d'une situation d'urgence hypothétique. Les personnes infirmières mentionnent désirer se garder à jour elles-mêmes

avec certaines techniques ou procédures, puisque le personnel médical se fie parfois à elles pour savoir comment utiliser le matériel ou réaliser une technique. De plus, le personnel infirmier des services courants a mentionné ne pas avoir de directive claire sur le moment où solliciter l'aide d'un-e médecin lors d'une situation d'urgence. En conclusion, il n'y a pas de lignes directrices claires sur les soins à donner lors de situations d'urgence ni sur le moment où il est pertinent de solliciter les médecins du GMF ou GMF-U adjacent, autant pour le personnel médical que pour le personnel infirmier.

Même si l'UCCSPU a été vue dans le facilitateur du travail en équipe interprofessionnelle (2.4) du niveau micro, il est aussi concerné par les barrières du statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles (3.2), du manque de clarté et de compréhension du rôle (3.3) et la barrière des politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires (3.5) de la sphère du meso. Le personnel infirmier des services courants mentionne que les situations où il est possible de communiquer avec l'UCCSPU ne sont pas assez claires. Il n'est pas bien défini si ces appels doivent être faits davantage pour des cas cardiaques ou pour autre chose, comme un cas d'urgence psychiatrique. La question est soulevée à savoir si les équipes des services courants pourraient contacter l'unité seulement pour avoir un second avis ou pour se concerter lorsqu'une situation n'est pas claire. Ces questionnements venaient davantage du personnel infirmier novice ou ayant moins d'expérience en soins d'urgence.

Du côté du personnel infirmier répondant de l'UCCSPU qui a été rencontré, il y avait aussi des questionnements similaires concernant les réalités des services courants des CLSC. Le personnel de l'UCCSPU ignore d'ailleurs le processus qui mène le personnel infirmier des CLSC à les contacter. Il se demande si la décision repose sur le jugement d'une personne infirmière ou si cet appel découle d'un protocole clair. Lorsque l'UCCSPU reçoit un ECG des services courants d'un CLSC, lors d'une suspicion d'infarctus, l'évaluation qui a mené à la réalisation de cet ECG au CLSC leur est inconnue dans l'immédiat. Les personnes employées de l'UCCSPU ont dit aussi en savoir peu sur les matériels et médicaments disponibles dans les services courants des CLSC. Il arrive parfois que le personnel de

l'UCCSPU suggère à une personne infirmière des services courants d'administrer une certaine médication pouvant ne pas être disponible au CLSC. Lors de ces moments, l'UCCSPU questionne la personne infirmière pour connaître les médicaments disponibles sur place. De façon générale, les discussions avec les équipes locales ont mis en lumière que les personnes infirmières des services courants des CLSC ruraux et les personnes infirmières de l'UCCSPU en savent très peu sur les réalités de travail de l'autre. Cet enjeu semble être plus grand du côté de l'UCCSPU, qui ne connaissait pas le fonctionnement des CLSC lors des situations d'urgence, ni les médicaments ou matériaux disponibles. Du côté du CLSC, c'est plutôt le mandat de l'UCCSPU qui n'était pas clair, plutôt que l'organisation ou la réalité de travail des personnes employées. Concernant le mandat de l'UCCSPU et la possibilité de donner un second avis sur certains cas cliniques, certaines réticences ont été nommées : le personnel de l'UCCSPU ne croit pas que le mandat de l'unité inclus de suggérer les trajectoires de soins. Une fois que l'appel vidéo est terminé entre l'UCCSPU et les services courants, l'unité a terminé de jouer son rôle attendu. Il est de la responsabilité du personnel infirmier des services courants de poursuivre son intervention. Le personnel de l'UCCSPU pense qu'il y aurait des enjeux à mentionner une certaine trajectoire de soins aux services courants, alors que la situation peut changer rapidement dès que l'appel vidéo est terminé. Si la personne ayant besoin de soins se dégrade rapidement après cet appel, l'UCCSPU ne sera pas avisée, sauf si le personnel infirmier recontacte l'unité. Il s'agit ici d'une différence entre les besoins de certaines personnes infirmières novices des CLSC, qui aimeraient se concerter entre elles et avoir un second avis de l'UCCSPU. De leur côté, les personnes employées de l'UCCSPU trouvent le sujet délicat, puisque ce n'est pas clairement défini si elles peuvent offrir ce type de soutien. Pour l'UCCSPU, leur mandat auprès des CLSC n'est pas aussi bien défini qu'il devrait l'être. Les nombreux changements de direction au fil des réformes en santé depuis l'implantation du volet CLSC et des changements ont été effectués sans nécessairement que tout soit mis à jour. Les protocoles de 2008, qui avaient été produits pour l'implantation de ce volet, sont toujours accessibles via des logiciels, mais ils ne sont plus utilisés par le personnel de l'UCCSPU, car ils sont trop complexes. Le fait que l'UCCSPU offre principalement un soutien de télésanté pour les paramédics, les

protocoles possibles reliés aux CLSC restent méconnus au sein même de l'unité, vu la rareté des appels. Le personnel de l'UCCSPU rencontré dans le cadre de cette recherche mentionne que le personnel médical de l'UCCSPU n'est pas habitué à ce genre d'appel des CLSC et où une prescription est parfois nécessaire. Le personnel médical est parfois surpris lors de ces moments, ignorant que cela faisait partie du mandat de l'UCCSPU. Prise au dépourvu, une partie du personnel médical de l'UCCSPU n'est pas toujours à l'aise de prescrire quelque chose pour une urgence à distance dans un CLSC.

Les barrières du meso sont le manque de compréhension de la communauté (3.4), les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires (3.5) et la charge de travail (3.6).

Le manque de compréhension de la communauté (3.4) concerne tous les CLSC visités, pour différentes raisons. Trois de ces CLSC étaient anciennement des urgences, soit Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Pamphile et Lac-Etchemin. Même si la fermeture des urgences locales date de plusieurs années, la population locale, surtout celle plus âgée, vient parfois consulter pour des problèmes graves qui dépassent le mandat du CLSC. Certaines personnes citoyennes peuvent arriver au CLSC avec une douleur rétrosternale (suspicion infarctus), dans le but de prendre un rendez-vous avec un personnel médical du GMF/GMF-U pour le lendemain. Le personnel infirmier des services courants doit gérer cette situation d'urgence imprévue, avec la présence ou non de personnel médical et/ou de l'UCCSPU, selon le CLSC. Pour la personne infirmière en poste au CLSC de l'Isle-aux-Grues, cette barrière se manifeste par le manque d'intimité, puisque les personnes citoyennes savent où le personnel infirmier habite et peuvent s'y présenter sans préavis lors d'urgence, et par le manque d'adhésion de la population aux procédures du CISSS lors des urgences.

La barrière du macro soulevée dans certains milieux et qui concerne les politiques nationales et systèmes de réglementation (3.7). L'abolition de la Carte 33 en fait partie et concerne les personnes infirmières lorsqu'elles appellent le 911 pour demander l'envoi d'une ambulance. Les personnes répartitrices d'urgence (RPU) posent plusieurs questions, même si la personne a déjà été évaluée par le personnel infirmier des services courants. Il arrive que

les personnes infirmières obtiennent de l'aide d'une personne agente administrative lors d'urgence pour les appels au 911. Cette aide permet aux personnes infirmières de se concentrer sur les soins à apporter. Toutefois, les questions plus précises sur l'état de la personne font en sorte que la personne agente administrative doit transférer l'appel à une personne infirmière. Certaines personnes infirmières disent avoir remarqué que les questions posées sont plus nombreuses, comparativement à avant, et que ce changement constitue un irritant pour les équipes du CLSC qui y voient une perte de temps précieux à répondre aux questions. Les personnes rencontrées à la Centrale des Appels d'Urgence de Chaudière-Appalaches (CAUCA) ont expliqué ce changement. Antérieurement, la Carte 33 constituait un protocole allégé en place lorsqu'une personne professionnelle de la santé appelait au 911. La décision provinciale d'abolir cette carte a été prise il y a quelques années en raison de défis rencontrés lors des appels des CLSC. Premièrement, les personnes infirmières auxiliaires n'étant pas éligibles à la Carte 33, il fallait demander le niveau d'études à la personne qui appelait et cela ajoutait une question. Cette question pouvait aussi être mal reçue par le personnel en santé qui faisait l'appel. Il y a aussi eu certains abus où des personnes professionnelles de la santé semblaient surévaluer la gravité de l'état de la patientèle pour obtenir une ambulance plus rapidement. En retirant la Carte 33 et en posant les mêmes questions pour tout le monde, chaque personne ayant besoin de soin est traitée de la même façon, peu importe qui fait l'appel au 911. L'équipe du CAUCA comprend toutefois l'insatisfaction que cela peut amener aux services courants, surtout pour les personnes infirmières qui ont connu la Carte 33 et qui ont maintenant l'impression de se faire poser davantage de questions.

La mise en évidence de tous ces facilitateurs et barrières permettent de constater plusieurs similarités, mais également des différences significatives entre les quatre CLSC ruraux à l'étude, dont les procédures et trajectoires de soins des transferts qui peuvent varier d'un CLSC à l'autre. Lors de situations d'urgence, les personnes infirmières des services courants doivent tenter de naviguer, parfois seules, malgré plusieurs zones grises concernant les rôles et responsabilités de chacun.

5.1.6.5 Relations entre les caractéristiques de la situation d'urgence, les facilitateurs et les barrières

Les relations seront décrites ci-bas, en faisant soit référence aux lettres des flèches dans le schéma ou au type de symbole associé.

Relation A : Les caractéristiques de la situation d'urgence ont été catégorisées comme des barrières, puisqu'elles amènent davantage de négatifs que de positifs. Cependant, les facilitateurs peuvent venir influencer ces caractéristiques, en venant moduler celles-ci. Prendre en considération l'existence même de ces caractéristiques des situations d'urgence peut permettre de venir jouer sur les facilitateurs, lorsque possible, et ainsi réduire les impacts négatifs.

Relation B : L'imprévisibilité de la situation d'urgence ressortait plus souvent lorsqu'une personne travaillait seule. C'est-à-dire qu'un événement d'urgence est évalué comme « pire » lorsqu'il arrive et qu'il n'y a qu'une seule personne infirmière en poste. L'appréhension de possiblement devoir gérer une situation d'urgence en étant seule comme infirmière amenait beaucoup d'anxiété.

Relation C : Les capacités des infirmières et infirmiers étaient un facilitateur qui influençait beaucoup la situation d'urgence et les barrières. Le personnel des services courant est motivé à garder à jour leur expertise d'urgence et à faire des simulations en impliquant d'autres professionnels. Bien que ces mises à jour ne modifient pas l'imprévisibilité, elles augmentent la préparation des équipes à faire face aux urgences. Impliquer les médecins des GMF et GMF-U dans leurs pratiques et simulations pourrait atténuer ou même dissiper les barrières du statut, de la hiérarchie et de l'identité des personnes professionnelles de la santé et celle du manque de clarté et de compréhension du rôle. Le fait de pratiquer ensemble et de faire des simulations permet de discuter d'enjeux dans un contexte d'apprentissage. Cela évite des imbroglios et du stress lors de moments urgents qui amènent déjà beaucoup d'anxiété.

Relation D : L'imprévisibilité de la situation d'urgence vient renforcer la barrière du statut, de la hiérarchie et de l'identité des personnes professionnelles. Un-e médecin de garde

pourrait avoir une moins bonne confiance envers une personne infirmière novice et douter de la situation d'urgence. La relation entre les deux personnes professionnelles ne serait pas optimale pour bien gérer la situation. Une personne infirmière pourrait hésiter à solliciter l'aide d'un-e médecin du GMF ou GMF-U qui n'est pas de garde. Les délais avant l'arrivée d'une ambulance, reliés à des conditions météorologiques difficiles, pourraient nécessiter davantage de soins et de collaboration.

Relation E et G : Naturellement, le soutien des collègues vient réduire l'effet de travailler seul. Dans le cas de l'UCCSPU, qui offre un soutien à distance, ce facilitateur vient plutôt réduire l'impact de cette barrière. C'est la même chose pour le travail d'équipe interprofessionnel qui vient réduire l'impact de travailler seul, comme lorsqu'une personne infirmière à l'aide d'une personne administrative ou du personnel médical durant une situation d'urgence. Même si une personne infirmière est seule dans sa discipline, la présence d'une personne agente administrative, d'un paramédic ou d'un-e médecin peut venir réduire cette barrière. Un soutien à distance d'un-e urgentologue, soit d'un hôpital ou de l'UCCPU, peut aussi avoir une influence positive importante.

Relation F : Les barrières du statut, de la hiérarchie et de l'identité des personnes professionnelles et celle du manque de clarté et de compréhension des rôles viennent diminuer l'impact positif des facilitateurs du soutien des collègues et du travail en équipe interprofessionnelle. Si en général, le travail d'équipe est bien, ces barrières amènent des défis et empêchent ces facilitateurs d'être optimaux. À l'inverse, le fait qu'il y est un bon soutien des collègues et un bon travail en équipe interprofessionnelle vient aussi diminuer l'impact négatif de ces deux barrières. Si une infirmière a une excellente relation avec un médecin d'un GMF, la hiérarchie entre ces deux professionnels semble être davantage égalitaire au niveau du pouvoir décisionnel. Puisque la confiance est beaucoup reliée à la connaissance mutuelle, elle influence aussi positivement la communication et le travail d'équipe.

Relation H : Certaines politiques nationales peuvent venir influencer négativement le travail en équipe interprofessionnelle. La différence entre les protocoles infirmiers et ceux des paramédics peuvent créer des frustrations pour le personnel infirmier des CLSC, puisque leurs protocoles sont plus restrictifs que ceux des paramédics. Certaines directives, comme l’abolition de la Carte 33 lors de l’appel au 911, peuvent amener des défis qui, sans suivis et explications adéquats, diminuent les opportunités de travailler en équipe, puisque la personne agente administrative ne peut aider le personnel infirmier comme elle le souhaite.

Relation I : Le soutien de la communauté vient moduler la situation d’urgence en offrant des solutions concernant l’imprévisibilité de celle-ci. Lors d’une situation d’urgence à l’Isle-aux-Grues, le personnel infirmier a la possibilité de recevoir de l’aide venant de personnes citoyennes. Les personnes pilotes d’avion et capitaines de bateau sont aussi disponibles pour assurer les transferts. À l’inverse, l’imprévisibilité de l’événement peut aussi venir influencer négativement le facilitateur du soutien de la communauté : la météo peut parfois empêcher les transferts en avion et en bateau.

5.2 OBJECTIF 2 : IDENTIFIER LES BESOINS EN SOUTIEN DU PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS AFIN DE MIEUX LES OUTILLER LORS D’URGENCE

Les besoins des équipes infirmières ont également été identifiés lors des rencontres avec les équipes locales et leurs partenaires. Ils sont ici abordés pour l’ensemble des CLSC participant. Ils ont été regroupés en différents tableaux. Les principaux besoins en soutien nommés ou identifiés du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux lors de situations d’urgence sont présentés au Tableau 6. Il s’agit de besoins concernant la formation, l’organisation des situations d’urgence, l’UCCSPU et la pratique infirmière. Les solutions que les équipes des services courants et autres personnes collaboratrices ont identifiées pour répondre à chacun de ces besoins sont présentées aux tableaux 7, 8, 9 et 10.

Tableau 6. Besoins en soutien nommés ou identifiés par le personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux lors de situations d'urgence

Besoins	Thématiques des besoins			
	Formation	Organisation	UCCSPU	Pratique
1 - Avoir une formation initiale adaptée à la ruralité et aux urgences	X			
2 – Avoir des opportunités de formation continue sur la ruralité et les situations d'urgence	X			
3 - Avoir des pratiques et mises en situation d'urgence	X			
4 – Être encouragé à se tenir à jour, de se lancer des défis et de motiver le reste de l'équipe à faire de même	X			
5 – Assurer la formation de la relève infirmière par le personnel infirmier d'expérience en contexte de ruralité	X			
6 – Avoir accès à des protocoles clairs, adaptés et à jour		X		
7 - Disposer d'aide physique lors d'urgences (IAG)		X		
8 – Trouver un consensus sur la limite des soins à offrir en situation d'urgence, entre le CLSC et les GMF adjacentes		X		
9 – Avoir des politiques locales efficaces selon les réalités des milieux (IAG) (interventions possibles comme personnel infirmier seul, appels au 811/911 efficaces)		X		
10 – Recevoir des rétroactions après des événements d'urgence, comme des post-mortem		X		
11 – Éclaircir les rôles des différentes personnes professionnelles lors des urgences		X	X	
12 – Éclaircir les limites et rôles de l'UCCSPU			X	
13 – Renseigner (à nouveau) la population des services offerts par le CLSC et des limites pour les situations d'urgence				X
14 – Détenir les mêmes protocoles que les personnes paramédicales				X

Tableau 7. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à la formation

1 - FORMATION
1.1 – Avoir une formation adaptée aux réalités rurales et d’urgence lors du tronc commun du CLSC
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aborder la réalité rurale lors de la formation commune (tronc commun) des services courants (après embauche ou nouveau poste). ▪ Aborder les urgences lors de la formation commune (tronc commun) des services courants (après embauche ou nouveau poste).
1.2 – Avoir plus de formations continues sur les situations d’urgence
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Encourager l’autonomie pour réviser les connaissances théoriques individuellement durant les temps plus calmes. ▪ Encourager l’initiative des personnes infirmières de se lancer des défis entre collègues durant des moments plus calmes, comme s’assurer de savoir où sont les médicaments et matériels dans une situation d’urgence hypothétique. ▪ Avoir plus de formations ciblées sur la ruralité et les situations d’urgence sur la plateforme de formation en ligne <i>Environnement Numérique d’Apprentissage</i> (ENA). ▪ S’organiser des périodes pour relire des protocoles ou des formulaires en équipe. ▪ Avoir plus de mises en situation pour pratiquer et avoir un post-mortem par la suite. ▪ Inclure toutes les personnes qui sont concernées lors d’une vraie urgence dans les mises en situation, comme les personnes qui sont adjointes administratives et le personnel des GMF et GMF-U.
1.3 – Initier rapidement les personnes infirmières aux réalités des autres partenaires
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Partager la réalité de la centrale d’appel d’urgence et de l’UCCSPU via une visite sur le terrain. ▪ Inviter les personnes infirmières à visiter une ambulance pour qu’elles puissent y voir l’espace. Rappeler aux personnes infirmières que les paramédics sont à l’aise de travailler dans ce genre de lieu restreint et en mouvement.
1.4 - Former la relève soi-même
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Les personnes infirmières des services courants ayant beaucoup d’expertise désireraient former la relève, pour transmettre entre autres la culture locale et rurale, mais aussi pour partager d’autres savoirs informels importants.

La nécessité d'avoir une formation adaptée aux réalités rurales et d'urgence a été partagée par plusieurs personnes infirmières des services courants. La formation offerte par le CISSS-CA lors d'embauches aux services courants des CLSC est appelée le « tronc commun ». On y voit des techniques et procédures reliées aux services courants, sans faire de distinction entre les personnes qui travailleront en ruralité. Pour cette raison, les particularités rurales et celles d'urgence ne sont pas vues dans cette formation. Il a donc été suggéré d'offrir un volet spécialisé sur les particularités rurales et d'urgences pour les personnes destinées aux CLSC ruraux afin d'augmenter leur préparation envers la réalité du terrain.

Le personnel infirmier des services courants a verbalisé la nécessité d'avoir plus d'opportunités de formation continue. Parmi leurs suggestions, plusieurs encourageaient l'autonomie et l'initiative des personnes infirmières pour se maintenir à jour. En maximisant des moments où le CLSC est moins achalandé, il serait possible de relire des protocoles ou de se pratiquer soit individuellement ou même en équipe. La plateforme ENA, utilisée pour faire des formations en ligne de façon asynchrone, pourrait avoir davantage de formations sur la ruralité et les situations d'urgence. Des pratiques et des mises en situation ont aussi été suggérées. Des situations de type amorce de code, avec par la suite un *post-mortem* pour cibler les bons coups et les points à améliorer seraient désirées. Il a été spécifié par le personnel des services courant que toutes les personnes impliquées lors de vraies urgences devraient participer à ces mises en situation, dont le personnel administratif du CLSC, ainsi que l'ensemble du personnel des GMF ou GMF-U adjacentes. Pouvoir collaborer lors d'une simulation permettrait aux différentes équipes et professionnelles d'apprendre à se connaître, dans un environnement contrôlé, plutôt que dans une vraie urgence.

Le personnel infirmier de l'UCCSPU rencontré a mentionné que la réalité des CLSC ruraux leur était inconnue. Le même constat a été partagé par les personnes infirmières des services courants, qui disaient en savoir peu sur la réalité de travail du personnel de l'UCCSPU. Les deux équipes ont mentionné qu'il serait pertinent d'en apprendre davantage sur leurs réalités de travail. Une visite sur le terrain pour observer l'autre équipe serait une

solution intéressante et celle-ci pourrait être offerte lors de la formation suivant l'embauche. La CAUCA a aussi suggéré l'option de recevoir des personnes infirmières en observation à la centrale d'appel, pour que la réalité de travail des personnes répartitrices téléphoniques soit mieux comprise. La personne représentant les paramédics a amené la même solution. Le personnel infirmier et leur gestionnaire devraient saisir les occasions pour visiter une ambulance en démonstration. L'espace intérieur pourrait ainsi être visualisé et la première visite à bord du véhicule serait en dehors d'une situation urgente.

Deux personnes infirmières d'expérience, venant de différents CLSC ruraux, ont verbalisé vouloir former la relève elles-mêmes. Se rapprochant de la retraite, ces personnes désireraient former les nouvelles personnes qui prendront leur poste à leur départ. Cette formation permettrait à la fois la transmission d'une culture locale et rurale, mais aussi celle du savoir informel. Plusieurs équipes des CLSC ruraux rencontrés utilisaient beaucoup le savoir informel pour transmettre des détails importants, surtout lors de situations d'urgence. Pour cette raison, la possibilité pour le personnel infirmier d'expérience de former la relève serait favorable pour maximiser la rétention du personnel débutant, qui serait mieux préparé aux réalités des communautés des CLSC ruraux et aux outils disponibles lors des situations d'urgence.

Tableau 8. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à l'organisation du travail en prévision des urgences

2 – ORGANISATION DU TRAVAIL EN PRÉVISION DES URGENCES
2.1 – Avoir des protocoles clairs et à jour
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouver une façon efficace pour obtenir l'information rapidement ; ▪ Voir les alternatives à avoir un cartable avec plusieurs protocoles papier complexes et possiblement non à jour ; ▪ Avoir une tablette électronique qui regroupe tous les protocoles. La mise à jour serait automatique et il y aurait la possibilité d'avoir un vidéo montrant les techniques et procédures ;
2.2 – Avoir un plan déjà prêt si jamais il y a une grande urgence
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Avoir un plan qui attribue à l'avance des tâches selon le nombre de personnes présentes ;
2.3 – Trouver une façon de réduire les délais des ambulances ou savoir la situation en avance
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puisque cela reste un des enjeux majeurs lors des urgences, tenter d'agir sur ces délais pour les réduire. Si cette solution est impossible, il y a la possibilité de savoir en temps réel où se situe l'ambulance la plus proche avant même d'appeler le 911 pour pouvoir se préparer en avance.
2.4 – Éviter que les services courants des CLSC soient à découvert
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trouver une façon de maintenir l'ouverture des services courants lors d'une urgence. Soit en évitant qu'une personne infirmière travaille seule ou soit en évitant les escortes infirmières à bord de l'ambulance.
2.5 - Trouver un consensus sur les soins à offrir, entre le CLSC et le GMF ou GMF-U adjacent
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présentement, puisqu'il n'y a pas de consensus, certaines personnes omnipraticiennes se fient sur les personnes infirmières des CLSC pour utiliser certains matériels d'urgence (ex. : moniteur cardiaque).
2.6 - Une meilleure définition des rôles des différents professionnels et partenaires
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Définir les rôles de l'UCCSPU et du personnel médical des GMF et GMF-U au niveau légal lors de la prise en charge des urgences. ▪ Définir qui devrait prendre en charge la situation lors de l'arrivée des personnes paramédicales, entre ces dernières, le personnel médical et le personnel infirmier des services courants.

2 – ORGANISATION DU TRAVAIL EN PRÉVISION DES URGENCES
2.7 – Avoir des post-mortem après chaque situation d’urgence
▪ Pouvoir avoir l’opportunité de revenir sur les événements et d’en parler dans le but de s’améliorer.
2.8 – Création d’un comité d’urgence
▪ Inspiré du comité de Trauma de l’HDL, le but serait de se rencontrer avec les gestionnaires du CLSC et autres partenaires concernés pour discuter des urgences récemment vécues, dans le but de s’améliorer.
2.9 - Avoir des personnes répondantes sur L’Isle-aux-Grues lors d’urgence
▪ Avoir un système où la personne en poste n’aura pas à faire plusieurs appels avant d’avoir de l’aide.
2.10 - Prévoir la relève médicale sur L’Isle-aux-Grues dès maintenant
▪ Agir en amont pour trouver une personne remplaçante au médecin de famille actuel qui prendra sa retraite bientôt.

Certaines personnes infirmières ont partagé leur désir d’avoir un plan déjà prêt, advenant une grande urgence. Ce plan permettrait d’attribuer des tâches à l’avance selon le nombre de personnes présentes. Au besoin, ce plan pourrait même inclure d’autres personnes que celles des services courants, comme l’ensemble du personnel du CLSC, celui de la GMF ou GMF-U adjacente et celui du CHSLD pour les établissements concernés.

Quelques personnes infirmières étaient d’avis que malgré les différentes solutions possibles pour réduire les défis entourant la ruralité et les situations d’urgence, la priorité devrait être mise sur la réduction des délais des ambulances. Des solutions en ce sens n’avaient pas été identifiées, mais du temps devrait être investi pour cogiter sur cet enjeu. La solution hypothétique d’avoir un système pour pouvoir savoir en temps réel où se situe l’ambulance locale a été soulevée. Sans venir agir sur les délais, cette possibilité permettrait de savoir plus rapidement si des traitements devraient être débutés ou non.

La fermeture des services courants lorsque la seule personne infirmière doit quitter pour être escortée à bord de l’ambulance est un événement rare, mais qui est déjà arrivée

quelques fois dans le passé. Il serait important de trouver une solution pour éviter que les services courants soient à découvert.

Un des irritants majeurs lors des situations d'urgence était l'absence de consensus sur les soins à offrir lors de ces situations, entre les services courants du CLSC et le GMF ou GMF-U adjacents. Cet enjeu seul amenait plusieurs défis et répercussions, autant pour le personnel infirmier du CLSC, le personnel médical des GMF ou GMF-U et le personnel de l'UCCSPU. Pour cette raison, il a été suggéré comme solution d'identifier la limite des soins à offrir pour que les situations d'urgence puissent arrêter d'être dépendante du personnel médical responsable. Trouver un consensus permettrait de résoudre un autre enjeu : quelques médecins se fient sur le personnel infirmier des services courants pour utiliser certains matériels d'urgence, comme le moniteur cardiaque. La situation initiale faisait en sorte que le personnel infirmier devait se maintenir à jour et entretenir les compétences reliées à l'utilisation du moniteur cardiaque, advenant que le personnel médical qui prend en charge la situation d'urgence soit plus interventionniste dans les traitements donnés d'ici l'arrivée de l'ambulance.

En lien avec l'enjeu ci-haut, un autre enjeu relié a généré des solutions. En plus de l'absence de consensus sur les soins à offrir lors d'urgence, il y a un manque de définition au niveau des rôles de chacun lors de ces situations. L'UCCSPU ayant été implantée avant l'arrivée des GMF et GMF-U adjacentes, le volet CLSC a été instauré en tenant pour acquis que la personne infirmière des services courants serait seule sur place, sans assistance médicale. L'arrivée du personnel médical lors de ces situations a amené une confusion légale et éthique pour l'UCCSPU, qui ne peut pas prendre en charge la situation à distance si du personnel médical se trouve déjà sur place. De plus, le personnel infirmier des services courants n'a pas de directives claires à savoir s'il faut solliciter ou non une personne médecin lors de ces situations. Parfois, la possibilité de devoir faire des manœuvres de réanimation amène le personnel infirmier à demander de l'aide physique au personnel médical, ce qui apporte les mêmes enjeux de confusion si l'UCCSPU est aussi contactée. Il est donc important de concilier l'UCCSPU avec le personnel médical des GMF et GMF-U lors de ces

situations, pour que la procédure soit claire lors d'urgence. La personne représentant les paramédics a aussi proposé des solutions pour maximiser la collaboration. Lors d'une situation d'urgence, le personnel infirmier devrait mentionner aux paramédics leur niveau d'aisance avec la situation et les techniques reliées. Une mise au point devrait être effectuée dès l'arrivée de l'ambulance pour savoir qui prend en charge la situation. Il a été fortement suggéré de laisser le personnel paramédical gérer la situation une fois dans l'ambulance, puisque celui-ci est habitué de travailler avec son propre matériel et dans une ambulance en mouvement. Les personnes infirmières devraient aussi valider à l'avance le matériel qui est déjà à bord du véhicule, pour éviter de le surcharger. Il a aussi été rappelé que le personnel infirmier est responsable du matériel qu'il apporte à bord et doit s'occuper de le ramener lors du départ de l'hôpital.

Pour maximiser l'amélioration, il a été nommé plusieurs fois par le personnel des services courants d'avoir des post-mortem après chaque situation d'urgence. Il s'agirait de moments importants pour revenir sur la situation et identifier les bons coups et les points à améliorer.

Le personnel préhospitalier d'urgence a suggéré une solution qui dépasse le simple post-mortem après une urgence : il a été proposé de créer un comité d'urgence. Inspiré du comité de Trauma de l'HDL, ce comité aurait comme but de rassembler les différents professionnels concernés et de discuter des urgences récemment vécues, encore une fois dans le but de s'améliorer.

Les deux autres solutions proposées dans l'organisation du travail en prévention des urgences concernent la réalité insulaire et unique de L'Isle-aux-Grues. Puisque le personnel infirmier de l'Isle travaille seul en tout temps, la possibilité d'avoir de l'aide d'une personne citoyenne est non garantie. La possibilité de réinstaurer un système où il y a des personnes répondantes sur l'Isle pourrait être une solution intéressante à explorer. Le personnel infirmier n'aurait pas besoin de faire plusieurs appels téléphoniques avant d'avoir de l'aide.

Comme dernière solution, le personnel infirmier actuel de L'Isle-aux-Grues maximise beaucoup la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Cette stratégie permet d'éviter des urgences, jusqu'à un certain point. Cette possibilité serait plus difficile sans la collaboration interprofessionnelle du personnel médical. Il faudrait donc agir en amont pour trouver une personne remplaçante à la personne médecin de famille actuelle, qui prendra sa retraite bientôt.

Tableau 9. Solutions suggérées pour répondre aux besoins concernant l’UCCSPU

3 – L’UCCSPU
3.1 - Entretenir le système informatique
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Celui-ci a longtemps été négligé, donc s’assurer de l’entretenir pour qu’il reste fonctionnel et rapide, autant pour les appels vidéo avec l’UCCSPU que pour les autres systèmes concernés, comme l’utilisation du Fax.
3.2 - Instaurer l’UCCSPU dans les autres CLSC qui en ont besoin
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implanter le soutien de l’UCCSPU dans d’autres CLSC ruraux qui auraient besoin de leurs services ;
3.3 - Aviser le personnel médical des GMF et GMF-U adjacentes des CLSC de l’existence de l’UCCSPU, ainsi que de son fonctionnement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rencontrer ces personnes pour leur partager l’existence et l’histoire de l’UCCSPU (avant l’arrivée des GMF) ;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rappeler les enjeux légaux concernant l’UCCSPU qui est à distance, alors que les personnes omnipraticiennes sont sur place ;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Présenter les possibilités pour le personnel médical des GMF de se concerter avec l’UCCSPU auprès de l’urgentologue et de la personne infirmière qui est spécialisée en soins critiques (ex. : comme au Centre Antipoison du Québec où la personne infirmière donne des recommandations à la personne médecin qui prend ensuite sa propre décision.)
3.4 - Décentraliser l’UCCSPU
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire en sorte qu’il y est des personnes répondantes de l’UCCSPU dans chaque hôpital de la région de Chaudière-Appalaches ;
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Le personnel médical désirant se concerter pour une situation pourrait s’adresser à l’urgentologue de leur hôpital (ex. : CLSC de Lac-Etchemin avec l’Hôpital de Saint-Georges).

Plusieurs solutions ont été recueillies concernant l’UCCSPU. Certaines de celles-ci ont déjà été abordées plus haut dans le tableau d’organisation du travail en prévention des urgences. Une section spécifique pour l’UCCSPU semblait justifiée pour les autres solutions

reliées. Même si celles-ci touchent l'organisation du travail, elles concernent spécifiquement celle de l'UCCSPU.

Comme première solution, la nécessité d'entretenir le système informatique a été verbalisée par plusieurs personnes partenaires. Puisque le système informatique a longtemps été négligé dans les CLSC ruraux, il serait important de l'entretenir pour qu'il reste fonctionnel et rapide. Cela inclurait les appels vidéo faits avec l'UCCSPU, mais aussi les autres systèmes concernés comme l'utilisation du Fax. Il a été rapporté quelques délais par Fax, entre l'envoi d'un ECG pris au CLSC et sa réception à l'UCCSPU. Une solution plus rapide que le Fax pour transmettre les ECG serait à trouver.

Puisque le volet CLSC ruraux de l'UCCSPU a été implanté avant la création des CISSS et CIUSSS, l'Unité n'est actuellement disponible que dans quelques CLSC ruraux de la MRC de Montmagny-L'Islet. Implanter le soutien de l'UCCSPU dans d'autres CLSC ruraux qui auraient besoin de leurs services serait une solution intéressante.

Il a été suggéré d'informer le personnel médical des GMF et GMF-U adjacentes de l'existence et du fonctionnement de l'UCCSPU. Rencontrer le personnel médical pour leur transmettre l'histoire et les possibilités de l'UCCSPU serait nécessaire dans un avenir proche. Cela serait une opportunité de rappeler les enjeux légaux concernant l'UCCSPU, qui est à distance, lorsqu'une personne omnipraticienne est sur place durant une urgence. Les possibilités pour le personnel médical de se concerter auprès de l'UCCSPU pourraient aussi être partagées. L'UCCSPU regroupe des personnes urgentologues et infirmières spécialisées en soins critiques. Il serait possible que l'UCCSPU ait un fonctionnement comme celui du Centre Antipoison du Québec, où la personne infirmière donne des recommandations à la personne médecin. Le personnel médical pourrait ensuite prendre une décision selon les conseils reçus.

Pour dépasser la précédente solution, la décentralisation de l'UCCSPU a été proposée. L'Unité étant présentement seulement à l'HDL, il serait possible d'y affecter des personnes répondantes dans chaque hôpital de la région de Chaudière-Appalaches. Le personnel

médical désirant se concerter en lien avec une situation clinique, autant en GMF qu'en CLSC, pourrait s'adresser à l'urgentologue de l'hôpital de leur secteur. À titre d'exemple, une urgence arrivant au Lac-Etchemin pourrait être transmise au personnel de l'UCCSPU de l'Hôpital de Saint-Georges. Cette possibilité éviterait que l'HDL soit sollicité pour des trajectoires de soins qui concernent d'autres hôpitaux et donc éviter par la même occasion de surcharger le personnel de l'UCCSPU.

Tableau 10. Solutions suggérées pour répondre aux besoins reliés à la pratique infirmière

4 – PRATIQUE INFIRMIÈRE
4.1 - Viser la promotion de la santé
▪ Maximiser l'autonomie infirmière pour agir en amont, en promotion de la santé et prévention de la maladie, pour éviter les urgences potentielles.
4.2 - Outiller la population locale pour qu'elle soit responsable de sa propre santé
▪ Encourager les personnes à se sentir responsables de leur santé ; ▪ Tenter de trouver des solutions aux enjeux d'isolement social ;
4.3 - Rappeler à la population le mandat du CLSC local
Expliquer les heures d'ouverture, ainsi que les limites du CLSC.
4.4 - Avoir les mêmes protocoles que les personnes paramédicales
▪ Que les personnes infirmières des services courants puissent les mêmes protocoles ou ordonnances collectives que les personnes paramédicales, lors de certaines situations d'urgence.

Même si cette solution concerne un enjeu possiblement national et mondial, la nécessité de maximiser la promotion de la santé et la prévention de la maladie a été rapportée. Avoir une population locale en meilleure santé permet d'éviter certaines complications et urgences.

Plusieurs personnes infirmières ont expliqué les enjeux au niveau de la population locale. Celle-ci aurait davantage le besoin ou le désir d'être complètement prise en charge par le système de santé. Certaines personnes citoyennes n'auraient pas les capacités ou les

connaissances pour prendre en main leur propre santé et se sentir responsables en ce sens. Outiller les populations locales, selon leurs besoins, pour qu'elles puissent agir plus activement dans leur santé serait une idée intéressante selon le personnel infirmier des services courants. D'autres personnes infirmières ont ajouté que l'enjeu d'isolement social présent au sein d'une communauté peut amener des visites non nécessaires au CLSC, dans le but de chercher les interactions sociales plutôt que des soins. Pour cette raison, des initiatives pour tenter de répondre à ce besoin et ainsi réduire l'isolement social seraient importantes.

Un enseignement serait aussi à faire à la population, particulièrement celle plus âgée, concernant le mandat des services courants des CLSC et les limites des soins offerts. Puisque trois des quatre CLSC sont situés dans les mêmes établissements qui étaient autrefois des urgences locales, certaines personnes citoyennes auraient encore tendance à s'y rendre pour un problème de santé qui dépasse le mandat des services courants. Cet enseignement serait à faire pour une certaine durée, jusqu'à ce qu'un changement de culture puisse être amené.

Finalement, l'importance d'uniformiser les protocoles entre les différentes professions a été soulevée. Encore une fois, cette solution dépasse possiblement l'enjeu local, mais elle est tout de même partagée puisqu'elle aurait un impact important sur la pratique infirmière en ruralité dans un contexte d'urgence, selon des personnes infirmières des services courants.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Cette discussion met en lien les résultats de cette recherche et les connaissances existantes. Elle débute par une réflexion sur la pertinence du cadre théorique utilisé dans l'analyse des données, soit le cadre écosystémique de Smith et al. (2019). Les résultats sur les éléments facilitants et les obstacles à la gestion des situations d'urgence par les équipes infirmières des services courants des CLSC ruraux participants sont ensuite expliqués et mis en relation avec la littérature. Les besoins du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux et les solutions mises en lumière seront discutés par la suite. Les contributions de cette recherche pour les sciences infirmières et les milieux ruraux seront expliquées, suivies des limites et des forces. Ce chapitre se termine par des recommandations pour la formation, la gestion, la recherche et la pratique.

6.1 PERTINENCE DU CADRE THEORIQUE DE SMITH ET AL. (2019) EN LIEN AVEC LES CARACTERISTIQUES DE LA SITUATION D'URGENCE, LES BARRIERES ET LES FACILITATEURS

Le premier objectif de cette recherche était d'explorer les principales barrières et facilitateurs à l'implication du personnel infirmier des services courants des CLSC éloignés auprès des personnes qui reçoivent des soins. En utilisant le cadre écosystémique de Smith et al. (2019), des schémas ont été créés pour visualiser les caractéristiques communes aux situations d'urgence, les barrières et les facilitateurs lors d'événements nécessitant un transfert dans les différents CLSC visités. Ces visuels visent également à faciliter la comparaison des cas de CLSC pour faire ressortir leurs ressemblances et dissemblances.

Les éléments mis en évidence dans cette recherche n'ont pas fait ressortir des barrières et des facilitateurs pour chaque catégorie du cadre de Smith et al. (2019) tel que démontré dans les tableaux comparatifs 11 (facilitateurs) et 12 (obstacles).

Tableau 11. Les facilitateurs identifiés

Facilitateurs du MICRO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. Le soutien des collègues	Identifié dans 3 des 4 milieux (SP, SJPI, LE)
2. Le travail d'équipe interprofessionnel	Identifié dans tous les milieux
3. Les compétences du personnel infirmier	Identifié dans tous les milieux
4. La négociation, la diplomatie, l'advocacy et la promotion du rôle	Identifié dans 1 milieu (IAG)
Facilitateurs du MESO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. Le soutien de la communauté	Identifié dans 1 milieu (IAG)
2. Les réseaux	Identifié dans 1 milieu (IAG)
3. Le soutien de la direction des services de santé locaux	Non-identifié
Facilitateurs du MACRO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. L'étendue du rôle et du champ d'exercice	Identifié dans 1 milieu (IAG)
2. Le soutien pour l'éducation et la perception de la profession	Non-identifié
3. Les politiques et pratiques de santé nationales	Non-identifié

Dans la sphère du micro, tous les facilitateurs ont été identifiés dans les résultats. Seulement deux des trois facilitateurs du meso ont été identifiés. Un seul facilitateur du macro a été identifié.

Tableau 12. Les barrières identifiées

Barrières du MICRO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. Manque de clarté et compréhension du rôle	Identifiée dans tous les milieux
2. Le statut, la hiérarchie et l'identité des personnes professionnelles de la santé	Identifiée dans tous les milieux
3. Travailler comme personne infirmière en étant seule ou isolée	Identifiée dans tous les milieux
Barrières du MESO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. Les politiques des services de santé locaux et les contraintes budgétaires	Identifiée dans 3 des 4 milieux (SJPI, IAG, LE)
2. La charge de travail	Identifiée dans 1 milieu (LE)
3. Le manque de compréhension de la communauté	Identifiée dans tous les milieux
Barrières du MACRO (Smith et al., 2019)	Présence dans les résultats de la recherche
1. Les politiques nationales et les systèmes de réglementation	Identifiée dans 3 des 4 milieux (SP, IAG, LE)
2. Le manque d'emplois	Non-identifiée
3. Le financement insuffisant pour les postes	Non-identifiée

Tous comme pour les facilitateurs, toutes les barrières de la sphère du micro ont été identifiées dans les résultats. Les barrières du meso ont aussi été toutes identifiées. Une seule barrière du macro a été identifiée.

On constate aussi que les ressemblances sont plus importantes pour les facilitateurs dans les sphères micro et meso avec des différences pour le site isolé (Isle-aux-Grues) de l'étude. Les informations des tableaux 11 et 12 indiquent aussi la pertinence d'une catégorisation de type écosystémique qui permet de mieux cibler les besoins en vue d'apporter des solutions adaptées. En effet, le fait que les facilitateurs et les barrières soient davantage présents dans les sphères du micro et du meso aide à créer des possibilités de

soutien pour les équipes. Il est effectivement plus facile d’agir dans ces sphères du micro et du meso pour les membres des équipes locales et leurs gestionnaires. Tenter d’améliorer les relations au sein d’une équipe d’un département ou d’une communauté est plus accessible que de changer des directives nationales. Cela justifie la pertinence de cette recherche, issue du désir de la DSI du CISSS-CA de s’investir auprès de ses équipes locales pour les soutenir dans la gestion des urgences en contexte de ruralité. Ces résultats font donc ressortir l’impact local que peut avoir une personne gestionnaire ou une organisation sur le personnel infirmier, sur l’équipe et sur la communauté. Certains facilitateurs ou barrières étaient aussi plus présents dans certains CLSC que d’autres. Ceci permet de rappeler que la ruralité n’est pas homogène (Hutchinson et East, 2017) et qu’il est important de comprendre chaque milieu pour mieux contextualiser leur réalité.

Des éléments importants de cette recherche qui ne figurent pas dans le cadre de Smith et al. (2019) sont les caractéristiques des situations d’urgences en CLSC rural. Celles-ci incluent l’environnement où elles surviennent, leur imprévisibilité et leur rareté pour le personnel infirmier travaillant dans ce contexte. Ces éléments avaient toutefois été mis en lumière dans la revue des écrits. Ainsi, le personnel infirmier travaillant en milieux ruraux au Québec doit être prêt à des conditions climatiques difficiles qui peuvent retarder des services et des soins, dont un transfert (Rusaanes et al., 2024). Les relations d’influence entre les caractéristiques de la situation d’urgence, les barrières et les facilitateurs montrent l’ampleur de la complexité lors de ces événements dans les services courants des CLSC ruraux. Ceci témoigne de la complexité de ces situations qui constituent un constat important de cette recherche.

La complexité peut se définir comme un « système dans lequel les parties interagissant entre elles sont si nombreuses qu’il devient difficile, voire impossible, de prévoir les comportements du système sur la simple base de la connaissance de ses composantes individuelles » (Organisation Mondiale de la Santé, 2015 dans Busnel et al., 2020) ce qui laisse penser que l’accompagnement, des espaces de discussion avec les équipes locales et les ajustements en continu pour améliorer la gestion des urgences soient préférables à une

solution ponctuelle. Ces phénomènes dynamiques non linéaires demandent une adaptation du système et des différentes parties concernées (Busnel et al., 2020). La complexité dans les soins « mets les infirmières au centre d'un système de santé, au cœur des pistes en soins multi déterminées par des éléments à la fois physiologiques, environnementaux, institutionnels et politiques, comme le rappellent le métaparadigme infirmier et ses quatre concepts centraux que sont l'être humain, le soin, la santé et l'environnement » (Fawcett, 1984 dans Busnel et al., 2020).

Le cadre d'aide à la décision de Cynefin (Gray, 2017; Snowden, 2010) différencier les concepts de simple, compliqué, complexe et chaotique, lors de certaines situations. Il décrit la complexité comme étant en mouvement et imprévisible, tout comme les caractéristiques de la situation d'urgence identifiées par cette recherche. Le cadre de Cynefin (Gray, 2017; Snowden, 2010) affirme que dans une situation complexe, il n'y a pas de bonne réponse, que les protocoles risquent de ne pas toujours fonctionner et que les bonnes pratiques demeurent émergentes. Pour ces raisons, il est important de garder un dialogue ouvert avec les équipes locales qui gèrent cette complexité.

6.2 ÉLÉMENTS FACILITANTS ET OBSTACLES OBSERVÉS ET RECHERCHES ANTERIEURES

Il est intéressant d'observer que certaines réalités rurales vues dans la recension des écrits sont ressorties comme étant des barrières à la gestion des urgences pour le personnel infirmier des CLSC ruraux du Québec. Plusieurs communautés à travers le monde ont vécu des pertes de services en milieu rural reliées aux soins de santé (Commonwealth of Australia, 2012; Grzybowski et al., 2011; ABS, 2013 dans Hutchinson et East, 2017) qui se reflète dans les résultats de la recherche, notamment à l'effet que plusieurs collectivités visitées ont perdu leurs services de santé dans les dernières décennies au profit de services CLSC. L'isolement professionnel des personnes infirmières rurales documentées dans les écrits (Burrows et al., 2019) a aussi été rapporté dans les résultats de la recherche pour tous les milieux participants.

Il a été vu dans la recension que le personnel infirmier travaillant en ruralité est à risque de ressentir un stress important relié à la charge de travail élevée, à des responsabilités importantes et à un faible soutien (Hutchinson et East, 2017) : nos résultats confirment que la charge de travail est une barrière à la gestion des urgences dans certains milieux ruraux.

Les écrits mettent en évidence que puisqu'il n'y a pas toujours de médecin sur place dans un département rural, le personnel infirmier a la responsabilité de déterminer si la présence médicale est nécessaire ou non, ce qui augmente la pression sur son jugement et sur ses compétences décisionnelles (Burrows et al., 2019; Nancarrow et al., 2015 dans Rusaanes et al., 2024). Les résultats de cette recherche vont dans le même sens en plus de mettre en exergue que le personnel infirmier des services courants doit non seulement savoir quand solliciter le personnel médical lors d'urgence, mais il doit aussi savoir comment le faire. Ceci fait référence aux cultures organisationnelles locales et aux savoirs informels à transmettre. Cette réalité s'applique aussi pour solliciter le soutien de l'UCCSPU. Il doit aussi décider s'il est préférable ou non de solliciter le personnel médical, pour aider à des manœuvres physiques ou techniques, lorsqu'un contact avec l'UCCSPU a déjà été initié. La présence de l'UCCSPU constitue à la fois un soutien apprécié, mais aussi un élément compliquant les décisions cliniques du personnel infirmier des services courants en cas d'urgence.

Les résultats montrent aussi que l'intervention de l'UCCSPU, quoique généralement appréciée des équipes locales, complique la gestion des urgences en raison du manque de clarté et de compréhension des rôles de l'UCCSPU et ceux du personnel médical des GMF/GMF-U pouvant être appelé à intervenir. Ce constat va dans le même sens que Hutchinson et East (2017) au sujet du fardeau que peut représenter la télésanté qui demande aux personnes infirmières des zones rurales d'établir et de maintenir des relations de travail efficaces avec des membres d'une équipe distante possiblement peu familière avec leur réalité (Mills et al., 2010a dans Hutchinson et East, 2017). Cette barrière était amplifiée par le fait que le personnel des services courants en CLSC en sait également peu sur les réalités de travail à l'UCCSPU ou pour les personnes répartitrices au 911 avec qui ils sont aussi en contact. Des enjeux éthiques et légaux en lien avec l'utilisation de la télésanté et les

obligations du personnel médical présent sur place lors d'urgence émergent aussi des résultats et ceci n'a pas été repéré dans la recension des écrits. Au Québec, une unité offrant un soutien de télésanté comme l'UCCSPU ne peut prendre en charge une situation d'urgence à distance, lorsqu'un-e médecin est déjà sur place. Légalement, ce personnel médical sur place a la responsabilité de gérer la situation. Il est toutefois possible pour ce dernier de se concerter via l'UCCSPU, mais il restera responsable de ses décisions. François et Audrain-Pontevia (2020), mentionnent les bénéfices que de la télésanté pour le personnel en santé sont l'amélioration de la coordination et de la communication, l'amélioration du contrôle sur les maladies et sur les prescriptions, la réduction des tests diagnostiques et des analyses de laboratoire effectués en double, l'usage plus efficace des soins d'urgence et un meilleur usage des soins en maison de retraite. Même si le soutien de l'UCCSPU a été identifié comme un facilitateur pour le personnel infirmier des services courants lors de situations d'urgence, ces bénéfices n'ont pas été confirmés dans les résultats de la recherche.

Selon Hutchinson et East (2017), la pratique infirmière en ruralité est un des domaines qui comportent le plus de défi, mais qui est aussi un des plus gratifiants. Les résultats ont en effet mis en évidence plusieurs défis exclusifs à la pratique infirmière dans ces contextes comme la gestion d'urgence dans un département de services courants, les délais d'attente possible avant l'arrivée du personnel paramédical et la distance des hôpitaux des communautés rurales. Il est cependant impossible de confirmer que la pratique est plus gratifiante qu'en régions urbaines, ou que les défis spécifiques de la pratique rurale sont contrebalancés par des bénéfices dits gratifiants. En regardant les facilitateurs documentés, c'est plutôt le fait de travailler au sein d'une équipe « tissée serrée » qui favorise l'entraide entre collègues qui figure possiblement comme l'élément le plus gratifiant de la pratique infirmière dans les services courants, ce qui n'est pas nécessairement associé seulement aux réalités rurales. Cet élément facilitant est ressorti dans trois des milieux visités. D'autres études seraient nécessaires pour explorer davantage les éléments gratifiants et facilitants de la pratique infirmière dans un CLSC rural.

Ainsi, certains éléments identifiés dans la recension des écrits comme des défis, enjeux, avantages ou bénéfices à la pratique infirmière en milieu rural lors d'urgence se sont révélés comme étant des barrières ou des facilitateurs dans les résultats de cette recherche issus de réalités québécoises.

6.3 PERSONNEL INFIRMIER DES SERVICES COURANTS EN MILIEU RURAL POUR FAIRE FACE AUX URGENCES

Le deuxième objectif était d'identifier les besoins en soutien du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux afin de mieux les outiller lors de situations d'urgence. Les personnes collaboratrices de cette recherche ont partagé plusieurs besoins ainsi que des solutions reliées, en lien avec la gestion des urgences par les équipes infirmières des services courants. Plusieurs de ces besoins et solutions ont aussi été identifiés dans la recension des écrits.

Ainsi, le personnel infirmier en milieu rural a le besoin d'avoir une formation initiale adaptée et régulière sur les situations d'urgence. Une solution pour répondre à ce besoin serait un rehaussement de la formation initiale en contenu « rural » incluant les situations d'urgence. Bien que non verbalisé par les personnes collaboratrices de cette recherche, ce rehaussement a été nommé dans plusieurs études de la recension des écrits et reste une solution intéressante pour former la relève infirmière (Hyry-Honka et al., 2016; Skaalvik et Nordbye, 2016; Zimmer et al., 2016 dans Rusaanes et al., 2024). Cet intérêt pour la formation initiale dans les études pourrait tenir compte de l'origine académique des équipes de recherche, dont les membres sont souvent impliqués dans la formation des futurs infirmières et infirmiers.

Concernant les personnes infirmières qui débute dans la pratique, Rusaanes et al. (2024) affirment qu'elles peuvent se sentir mal préparées face aux enjeux et défis rencontrés dans les contextes ruraux, ce qui peut mener à des démissions. Nos résultats indiquent que ces nouvelles personnes infirmières sont effectivement mal préparées face aux urgences et au fait de travailler à l'occasion, souvent ou toujours seules. Le personnel infirmier

rencontré, contrairement à la littérature, n'a pas indiqué si ce manque de préparation mène à des démissions ou des démobilisations. Comme solution, une formation à l'embauche qui inclurait les réalités rurales et les situations d'urgence dans ces contextes a été nommée plusieurs fois par les personnes collaboratrices. Ceci va dans le sens de la revue de la portée de Hardy et Calleja (2019) mentionnant qu'avec la charge de travail élevée en ruralité, les personnes infirmières débutantes ont possiblement besoin d'un soutien supplémentaire pour différentes techniques ou des processus d'évaluations complexes, comme le triage. Les personnes infirmières collaborant à cette recherche ont aussi verbalisé ce besoin en demandant, de plus, la possibilité de contacter l'UCCSPU pour d'autres besoins qui sortent du mandat actuel de l'UCCSPU afin d'obtenir un second avis après s'être consulté localement. Le personnel infirmier novice des services courants a besoin d'un soutien plus important lors de situation d'urgence pour bien évaluer l'état de la personne et effectuer le triage qui requiert réflexion critique et compétences décisionnelles, comme mentionnée par Hardy et Calleja (2019). La formation supplémentaire sur le triage a également été mentionnée par d'autres équipes de recherche (Noon, 2014; Position CENA, 2007; Aloyce et al., 2014 dans Hardy et Calleja, 2019). Une solution identifiée par la recension, mais non nommée par les personnes collaboratrices serait un programme de mentorat pour favoriser un sentiment d'appartenance et offrir un soutien clinique adapté pour le personnel infirmier novice, tel qu'expliqué par Burrows et al. (2019).

Des mises en situation en équipe qui inclut le personnel médical des GMF et GMF-U ont aussi été suggérées plusieurs fois par les personnes collaboratrices. Ce type de scénario, combiné avec un post-mortem suivant la gestion d'une urgence et une période d'enseignement théorique, consoliderait les informations cliniques et la mise en évidence de lacunes, selon McCarthy et al. (2020). Concernant l'organisation des soins de santé, le personnel infirmier du milieu isolé à l'étude a mentionné le besoin d'avoir un système plus formel d'aide provenant des personnes citoyennes lors de situation d'urgence. Le programme anglais de *Community first responder* (CFR) expliqué dans l'article de Patel et al. (2023) serait une solution intéressante pour impliquer des personnes de la communauté comme premières ou secondes répondantes. Ce type de programme permet d'avoir des communautés

engagées quand les délais avant l'arrivée d'une ambulance ou toute autre forme de transport d'urgence sont trop longs ou encore pour un événement très grave ou impliquant plusieurs personnes nécessitant des soins de manière urgente. Considérant la réalité insulaire et unique de l'Isle-aux-Grues, ce type de solution serait pertinent à évaluer pour la région sous forme de projet-pilote.

Les besoins spécifiques des personnes infirmières novices et d'expérience en ruralité lors d'urgence ont été abordés quelques fois dans la recension des écrits. Les résultats de la recherche amènent un nouvel élément pour le personnel infirmier expérimenté qui manifeste le besoin de former lui-même la relève infirmière, avant prendre leur retraite.

Parmi les autres nouvelles idées formulées par les personnes collaboratrices et leurs partenaires figure la possibilité de se référer à l'UCCSPU en dehors des murs du CLSC. L'option d'offrir un soutien plus personnalisé aux équipes des services courants, selon les caractéristiques de la situation d'urgence, mais aussi de la capacité des équipes sur place, est aussi ressortie. La possibilité de décentraliser l'UCCSPU en regroupant l'établissement avec son hôpital d'attache, pour offrir un soutien personnalisé au personnel infirmier des services courants et au personnel médical des GMF et GMF-U a aussi été soulevée. Cette solution permettrait aussi une trajectoire de soins intéressante pour la personne ayant besoin de soins, puisque c'est l'hôpital receveur qui offrirait le soutien, et non l'HDL par défaut. D'ailleurs, un outil a été développé par l'équipe de recherche pour générer un indice de fragilité dans le but d'adapter les solutions et le soutien aux besoins des différentes équipes des services courants. Cette ébauche d'indice mesurant la fragilité/capacité des équipes se retrouve à l'Annexe III. Il serait intéressant de le tester dans le futur pour valider son utilité.

Nos résultats montrent que le personnel infirmier des services courants semble bien connaître leurs besoins. Ce dernier et ses partenaires ont plusieurs idées pour trouver des solutions et des outils pour répondre aux différents besoins. Ceci, s'ajoutant à la complexité de la gestion des urgences pour les équipes des services courants des CLSC, renforce l'idée que les instances régionales des soins infirmiers travaillent de concert avec les équipes locales pour améliorer le soutien qui leur sera offert.

En somme, les résultats dans ce mémoire permettent de répondre partiellement à la question de recherche qui s'intéressait, dans le contexte des CLSC ruraux, à mieux soutenir le personnel infirmier des services courants lors de situations d'urgence.

6.4 LIMITES ET FORCES DE CETTE RECHERCHE

Cette recherche présente certaines limites. D'abord, le fait de ne pas avoir inclus les médecins des GMF et GMF-U adjacents et d'avoir centré la démarche sur les équipes infirmières à certains CLSC ne permet pas d'avoir leurs points de vue sur la situation. La même chose est aussi vraie pour les personnes usagères ayant vécu une situation d'urgence nécessitant un transfert vers un centre hospitalier : leurs expériences et points de vue demeurent inconnus. Les résultats obtenus concernent aussi seulement quatre équipes des services courants. Le devis de recherche se fondant sur des études de cas encadrées ou imbriquées a toutefois permis de bien décrire chaque contexte permettant une certaine transférabilité des résultats à d'autres contextes. Finalement, les personnes gestionnaires des services courants étaient présentes lors des discussions réalisées auprès du personnel infirmier local. Il a été affirmé par la DSI et les personnes gestionnaires, que les équipes infirmières des services courants étaient tissées serrées, qu'il y avait de bonnes relations entre le personnel infirmier et leur gestionnaire. Cependant, il est possible que la présence de la personne étant leur supérieure immédiate lors des rencontres ait influencé les réponses du personnel infirmier. D'un autre côté, cette présence et implication des gestionnaires et des personnes conseillères tout au long du projet renforce le potentiel d'utilisation des connaissances produites par la recherche.

Parmi les principales forces de cette recherche se trouve son devis collaboratif, qui a permis d'impliquer dès le départ les personnes cliniciennes concernées par la problématique, favorisant ainsi leur appropriation de la démarche et des résultats. Cette approche, inscrite dans une logique de système apprenant, constitue un exemple de recherche intégrée répondant directement à des préoccupations cliniques. La documentation rigoureuse de chacune des étapes de la recherche accroît par ailleurs le potentiel de transférabilité de la

démarche, des connaissances et des outils développés, tant vers d'autres milieux de pratique qu'à l'échelle du Québec et à l'international.

Ce devis a également permis aux acteurs clés concernés d'être impliqués dans les décisions relatives aux améliorations à apporter au soutien organisationnel dans la gestion des situations urgentes. Le personnel infirmier a ainsi été reconnu comme membre à part entière de l'équipe de recherche, plutôt que comme simple participant.

Une autre force réside dans la validation continue des résultats : à plusieurs étapes, des synthèses ont été retournées aux personnes consultées pour obtenir leur rétroaction, et des retours sur le terrain ont permis de confirmer les premiers résultats ainsi que les ajustements proposés aux procédures. L'ensemble des membres de l'équipe a donc eu de multiples occasions de poser des questions et de suggérer des modifications.

6.5 RECOMMANDATIONS

Les résultats de cette recherche permettent de formuler des recommandations pour la formation, la gestion des soins infirmiers, la recherche et les politiques professionnelles.

6.5.1 Recommandations pour la formation

À la suite des résultats de cette recherche, nous recommandons davantage de programmes universitaires de différents cycles ayant une thématique sur la santé et la réalité rurale. La ruralité devrait être abordée en théorie, mais aussi en pratique via des stages en régions éloignées lorsque possible. Maximiser le partenariat avec les municipalités rurales pourrait être envisagé pour la réalisation de ces stages, puisqu'ils permettent de favoriser le recrutement de personnes infirmières étudiantes. Pour la réalisation de ces stages, des incitatifs pourraient être nécessaires pour les personnes étudiantes au niveau du logement et de la rémunération. Nous recommandons aussi une formation à l'embauche qui reflète davantage les différentes réalités du terrain. Plusieurs

régions du Québec, comme Chaudière-Appalaches, combinent des réalités urbaines et rurales au niveau de la formation d'embauche. Il serait important que les personnes infirmières débutantes destinées à travailler en ruralité puissent avoir une formation spécifique qui inclut la réalité du terrain, dont les cultures des organisations de santé en contexte de ruralité et surtout la gestion des situations inhabituelles comme les urgences qui requiert des évacuations vers des centres hospitaliers. Concernant la formation continue, les résultats de cette recherche permettent de recommander une offre de formation qui s'adapte au besoin du personnel qui peut être varié et différer d'une personne ou d'une équipe à l'autre. De plus, les mises en situation devraient aussi inclure l'ensemble du personnel concerné lors d'une urgence. Cette recherche recommande aussi de favoriser le transfert de connaissance d'une personne infirmière experte vers la relève en dépit des enjeux administratifs et procéduraux pouvant limiter cette option. Lorsque c'est possible, une personne infirmière experte se rapprochant de la retraite devrait pouvoir former la relève ou la personne qui pendra son poste.

6.5.2 Recommandations pour la gestion

Dans le cadre de cette recherche, le personnel médical des GMF et GMF-U adjacents n'a pas été rencontré. Nous suggérons donc de rencontrer ces personnes rapidement, autant pour leur présenter le projet que pour leur partager l'existence de l'UCCSPU.

Nous recommandons aussi d'éviter d'exporter des modèles de travail créés et testés en régions urbaines vers les milieux ruraux. Les nouveaux modèles ou procédures de travail devraient être testés dans les milieux ruraux avant d'être appliqués. Les réalités rurales sont différentes de celles vécues en ville, l'imposition de tels modèles pourrait parfois occasionner plus d'effets négatifs que positifs. Il est aussi de plus en plus courant d'inclure des personnes usagères dans les projets d'amélioration des services.

Implanter l'UCCSPU ailleurs dans la région de Chaudière-Appalaches, là où les besoins sont présents, serait une excellente idée pour augmenter le soutien et l'expertise. Éventuellement, ce modèle de soutien en télésanté pourrait être exporté dans d'autres régions

au Québec ou même ailleurs. Nous recommandons aussi d'augmenter le personnel de l'UCCSPU en proportion de l'augmentation de la charge de travail reliée aux nouveaux CLSC inclus.

6.5.3 Recommandations pour la recherche

Puisque les CLSC sont des établissements uniques au Québec, il serait important de faire davantage de recherche sur les réalités de leurs équipes dans des contextes ruraux surtout en des temps où les orientations en matière de services de santé tendent à mettre de l'avant le principe d'équité dans l'accès aux services ainsi que de renforcer les capacités en première ligne. De plus, il serait intéressant de regarder différentes régions rurales à travers la province ou ailleurs au Canada.

S'intéresser aux expériences des personnes usagères recevant des soins d'urgence en CLSC et devant vivre un transfert serait aussi une avenue en recherche à poursuivre. Ces personnes, ayant un point de vue complètement différent, pourraient apporter de précieux savoirs d'expérience et de navigation dans les services de santé complémentaires.

L'indice pour évaluer la fragilité des équipes des services courants de CLSC ruraux est un outil qui pourrait être testé dans d'autres CLSC de la région. Celui-ci pourrait même être éventuellement exporté ailleurs. Ce type d'outil montre comment la recherche peut donner concrètement des solutions à la pratique.

6.5.4 Recommandations pour les politiques professionnelles

Au plan politique et de la profession infirmière, les CISSS et CIUSSS, dont celui de Chaudière-Appalaches, demeurent des acteurs clés pour favoriser le changement. Une meilleure définition de la pratique infirmière en régions éloignées ou rurales serait souhaitable ainsi qu'une plus grande reconnaissance des spécificités de cette pratique comme domaine ou spécialité permettrait de revaloriser le rôle du personnel infirmier en ruralité.

Pour offrir avec assurance des soins d'urgence de qualité, le personnel infirmier en milieu rural doit pouvoir compter sur un soutien organisationnel adéquat et sur une formation appropriée. Le nouvel outil de l'entonnoir développé par l'OIIQ (2025) contribue à clarifier les règles et encadrements liés à l'exercice infirmier au Québec. Selon le Code de déontologie, il incombe au personnel infirmier de maintenir leurs connaissances et compétences nécessaires afin d'évaluer la pertinence d'une activité et de l'exercer conformément aux normes de pratique et aux principes scientifiques reconnus. Les résultats de ce mémoire démontrent que le personnel infirmier des services courants œuvrant dans les CLSC ruraux dispose de diverses idées et initiatives visant le maintien de ses compétences et de son expertise en soins d'urgence.

Parallèlement, les règles de soins infirmiers propres au milieu d'exercice insistent sur l'importance de s'assurer de disposer du soutien nécessaire avant, pendant et après la réalisation d'une activité professionnelle. Ces règles et directives visent à garantir des soins de qualité, adaptés à l'état de santé de la personne (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2025). Le développement d'outils adaptés aux réalités des personnes infirmières en contexte d'urgence permettrait non seulement une utilisation optimale de leur champ d'exercice, mais également un accroissement de leur confiance professionnelle dans la dispensation des soins.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Cette recherche collaborative s'intéressait à comment mieux soutenir le personnel infirmier des services courants de CLSC lors de situations d'urgence, dans un contexte de ruralité. Lors de ces urgences qui nécessitent un transfert rapide vers un centre hospitalier, les équipes infirmières des services courants peuvent se sentir rapidement dépasser par les événements. Pour explorer le phénomène des urgences dans les services courants de CLSC ruraux, quatre CLSC de la région de Chaudière-Appalaches ont été visités (Saint-Jean-Port-Joli, Saint-Pamphile, Isle-aux-Grues, Lac-Etchemin) et plusieurs personnes collaboratrices ont été rencontrées. Le premier objectif de cette recherche était d'explorer les éléments facilitants et les obstacles à la gestion des urgences par le personnel infirmier des services courants dans les CLSC ruraux du Québec. Il est ressorti, à la suite de l'analyse des données selon le cadre écosystémique de Smith et al. (2019), que les facilitateurs et barrières identifiés étaient plus présents dans les sphères du micro et du meso, ce qui donne aux équipes locales et aux personnes gestionnaires plus de pouvoir pour agir et trouver des solutions. Le CLSC de L'Isle-aux-Grues se démarque par sa réalité insulaire et isolée, avec des facilitateurs et des barrières différents comparés aux autres milieux, démontrant l'importance de considérer et de mieux connaître le contexte unique des communautés rurales. Les relations d'influences entre les caractéristiques de la situation d'urgence, les facilitateurs et les barrières justifient la nécessité de considérer la complexité dans les soins infirmiers pour trouver des outils adaptés, un constat important de cette recherche.

Le second objectif de cette recherche était d'identifier les besoins en soutien du personnel infirmier des services courants des CLSC ruraux afin de mieux les outiller lors de situations d'urgence. Le personnel infirmier des milieux ruraux a besoin d'avoir une formation initiale et continue qui prépare aux réalités rurales et aux situations d'urgence. Des mises en situation

qui incluent des équipes interprofessionnelles (personnel infirmier et personnel médical) ressortent aussi comme des besoins importants. Le personnel infirmier novice a aussi besoin d'un soutien adapté aux réalités rurales et d'urgence, comme peuvent offrir le mentorat et les services de télésanté comme l'UCCSPU. Cette recherche permet de constater que le personnel infirmier des services courants connaît bien ses besoins et possède plusieurs idées et solutions, déjà suggérées par la littérature, pour les combler.

ANNEXE I

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

À l'intention des représentants des milieux

Projet Urgence CLSC Ruraux

Titre du projet

Soutien aux infirmières et infirmiers des services courants des CLSC en milieu rural pour les problématiques de santé nécessitant une prise en charge médicale rapide.

Mise en contexte

Le but de ce projet est d'améliorer les soins offerts lors de transport d'urgence dans les services courants des points de services CLSC éloignés et de leurs partenaires (médecin GMF, équipe UCCSPU, ambulancier, équipes d'urgence CH) de Chaudière-Appalaches.

Les objectifs pour atteindre ce but sont les suivants :

- Déterminer la trajectoire de soins idéale des personnes des milieux éloignés, dont la condition nécessite un transport d'urgence.
- Préciser les rôles et les responsabilités attendus des infirmières et infirmiers des services courants des points de services CLSC éloignés et de leurs partenaires.
- Explorer les principaux obstacles et forces à l'implication des infirmières et infirmiers des services courants des CLSC éloignés auprès de ces patients.

- Développer un questionnaire visant à évaluer les forces et les obstacles rencontrés par les équipes des services courants et leurs partenaires.

Votre implication comme expert et partenaire

Vous êtes sollicité comme expert de votre milieu et partenaire dans le cadre de ce projet. Nous souhaitons que vous nous partagiez votre expérience, vos idées et points de vue sur différents sujets concernant les transferts d'urgence. Il n'y a donc pas de mauvaises réponses.

Vos droits

Votre participation est volontaire : c'est-à-dire que vous n'êtes en aucun cas obligé de participer au projet. Si vous acceptez, vous pouvez en tout temps décider de vous retirer du projet. De plus, vous n'êtes pas obligés de répondre à certaines questions, et ce, sans avoir à vous justifier.

Il est prévu de partager les noms des personnes qui auront participé à l'élaboration du portrait de la situation. Pour cette raison, veuillez nous mentionner si vous désirez rester anonyme.

ANNEXE II

Canevas d'animation

Première page de rappel qui était identique pour toutes les versions

Rappel – Remise en contexte

But du projet

Améliorer les soins offerts lors de transport d'urgence à partir des services courants des points de services CLSC éloignés et de leurs partenaires vers les centres régionaux.

Objectifs

- Déterminer la trajectoire de soins idéale des personnes des milieux éloignés, dont la condition nécessite un transport d'urgence.
- Préciser les rôles et les responsabilités attendus des infirmières et infirmiers des services courants des points de services CLSC éloignés et de leurs partenaires.
- Explorer les principaux obstacles et forces à l'implication des infirmières et infirmiers des services courants des CLSC éloignés auprès de ces patients.
- Les informations recueillies permettront de soutenir une collecte de données à l'échelle régionale visant à évaluer les forces et les obstacles rencontrés par les équipes de services courants et leurs partenaires.

Retombées attendues

- Amélioration des soins et services en les rendant plus sécuritaires et prévisibles pour la population de la région.

- Implication des employés, des cliniciens, des décideurs et des patients-partenaires pour une appropriation du projet et de ses résultats.
- Activités de transferts des connaissances vers le personnel clinique et les étudiants.
- Développement d'outils pour les milieux de la région de Chaudière-Appalaches qui seront transférables ailleurs au Québec et dans le monde.

Déroulement

- Nous aimerions enregistrer vos échanges pour nous aider à écrire des synthèses. Vous êtes libre de refuser. La synthèse écrite vous sera envoyée pour validation.

Canevas d'animation pour les infirmières des services courants

Version 1 – 03-11-2021

Représentants des milieux (Infirmières et infirmiers)
1. Pouvez-vous nous parler du fonctionnement lors d'un transfert ? <i>(Ce qui arrive quand la personne se présente et qu'elle nécessite un transfert d'urgence ? Dès que vous êtes avertie jusqu'à son arrivée à l'hôpital ?)</i>
2. Quelles sont les difficultés rencontrées par votre équipe lors de ces situations ? <i>(Accueil, stabilisation, transfert)</i>
3. Sur quelles forces vos équipes peuvent-elles miser lors de ces situations ?
4. Pourriez-vous nous parler des partenaires impliqués, de leurs rôles et du rôle de votre équipe, et comment ça se passe avec eux, lors de ces situations ? <i>(Médecins, ambulanciers, équipe UCCSPU, agentes administratives et autres)</i>
5. Quelle serait selon vous la trajectoire de soins idéale lors de ces situations ?
6. Selon vous, comment mieux encadrer ou outiller les infirmières et infirmiers ?
7. Auriez-vous d'autres éléments à porter à notre attention en lien avec ces situations ?

Canevas d'animation pour les personnes partenaires

Version 1.1 – 03-11-2021

Représentants des milieux (Infirmières et infirmiers)
1. Pouvez-vous nous parler du fonctionnement lors d'un transfert ? <i>(Ce qui arrive quand la personne se présente et qu'elle nécessite un transfert d'urgence ? Dès que vous êtes avertie jusqu'à son arrivée à l'hôpital ?)</i>
2. Quelles sont les difficultés rencontrées par votre équipe lors de ces situations ? <i>(Accueil, stabilisation, transfert)</i>
3. Sur quelles forces vos équipes peuvent-elles miser lors de ces situations ?
4. Pourriez-vous nous parler des partenaires impliqués, de leurs rôles et du rôle de votre équipe, et comment ça se passe avec eux, lors de ces situations ? <i>(Médecins, ambulanciers, équipe UCCSPU, agentes administratives et autres)</i>
5. Quelle serait selon vous la trajectoire de soins idéale lors de ces situations ?
6. Selon vous, comment mieux encadrer ou outiller les infirmières et infirmiers ?
7. Auriez-vous d'autres éléments à porter à notre attention en lien avec ces situations ?

ANNEXE III

Ébauche d'un indice pour mesurer la fragilité des équipes des services courants des CLSC ruraux

Une première ébauche d'un questionnaire pouvant évaluer l'indice de fragilité des équipes des services courants des CLSC ruraux de Chaudière-Appalaches a été réalisée. Ce formulaire serait rempli par les personnes gestionnaires à des moments stratégiques durant l'année, comme avant les vacances estivales ou lors des affichages de poste. Selon l'indice, les moyens de soutien pourraient être adaptés et modulables selon les équipes. Il sera aussi possible de voir quelles équipes de services courants sont plus à risque de fragilité. Les variables mesurables sélectionnées étaient celles qui influencent la prestation de soins en général pour les équipes, ainsi que spécifiquement lors de situations d'urgence. Certaines variables mesurent la fragilité des équipes et leur expertise en soins d'urgence. D'autres variables s'intéressent à l'imprévisibilité et à la complexité, comme la situation géographique du CLSC et le niveau d'éloignement. Les variables retenues jusqu'à présent sont présentées dans le Tableau 13 ci-bas :

Tableau 13. Variables de l'indice pour mesurer la fragilité des équipes

Variable mesurable	Niveaux de mesures	Moyens de soutien reliés
<p>A - Niveau d'expérience de la personne infirmière (auto rapportée) en situation d'urgence</p> <p><i>(RCR/DEA, thrombolyse, anaphylaxie/allergie, convulsion)</i></p>	<p>1 – Novice (-2) 2 – Débutante (-1) 3 – Compétente (0) 4 – Performante (1) 5 – Experte (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Formation théorique (mise à niveau, plateforme ENA) et pratique (groupe, simulations). ▪ Augmenter opportunité de formation. ▪ Augmenter soutien de l'UCCSPU. ▪ Tenter de plus sécuriser ces personnes infirmières pour diminuer le stress. ▪ Partage entre pairs (formels et informels) ▪ Si compétents et plus: Encourager la mobilisation pour aider les autres qui sont débutantes ou novices.
<p>B - Nombre de personnes dans l'équipe</p> <p><i>(travailler seul)</i></p>	<p>1 – Seul (-2) 2 – Parfois seul (-1) 3 – Rarement seule (0) 4 – Petite équipe ou sous-effectif (1) 5 – Pleine équipe (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si personne infirmière seule en tout temps : Voir la possibilité d'instaurer une personne 2^e répondante.
<p>C - Niveau d'éloignement</p> <p><i>(temps en véhicule pour se rendre à l'hôpital)</i></p>	<p>1 – Isolé (-2) <i>(aucune voie terrestre)</i> 2 – Très éloigné (-1) <i>(60 minutes et plus)</i> 3 – Éloigné (0) <i>(30 minutes et plus)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Augmenter les opportunités de formation sur certaines techniques et situations. ▪ Augmenter le soutien de l'UCCSPU.
<p>D - Présence ambulancière dans la communauté ?</p> <p><i>(Ambulance et équipe paramédicale)</i></p>	<p>1 – Rarement (-2) 2 – À l'occasion (0) 3 – Souvent (2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si présence ambulancière rarement dans la communauté : possibilité de développer outil pour savoir à l'avance quand l'ambulance n'est pas à proximité pour diminuer l'imprévisibilité.

Variable mesurable	Niveaux de mesures	Moyens de soutien reliés
E - Est-ce que l'UCCSPU est disponible ?	1 – Non (-1) 2 – Oui (1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si non : Selon la situation de l'équipe (personnes infirmières débutantes ou novices) et niveau d'éloignement, voir la possibilité d'instaurer l'UCCSPU dans le milieu.
F - Est-ce que le CLSC a déjà été une urgence dans le passé ?	1 – Oui (-1) 2 – Non (1)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si oui : Possibilité de faire un plan de communication comme stratégie pour rejoindre les populations locales ayant encore d'anciennes habitudes (davantage les personnes âgées). <p><i>Variable qui deviendra obsolète dans le futur</i></p>
G – Est-ce que l'équipe a eu une formation ou une mise à jour concernant les situations d'urgence dans la dernière année ? (RCR/DEA, thrombolyse, anaphylaxie/allergie, convulsion)	1 – Non (-2) 2 – Seulement une partie de l'équipe (0) 3 – Oui (2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si non : À faire.
H – Est-ce qu'un post-mortem a été effectué avec l'équipe concernant la dernière situation d'urgence vécue ?	1 – Non (-2) 2 - N/A (0) (aucune situation vécue) 3 – Oui (2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Si non : À faire.
I – Est-ce que l'équipe est proactive pour maintenir leurs compétences d'urgence par elle-même ? (Se lancer des défis, lire les protocoles, faire de la formation sur la plateforme ENA)	1 – Non (-2) 2 – Seulement une partie de l'équipe (0) 3 – Oui (2)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Discuter avec l'équipe sur l'importance de se garder à jour. ▪ Rappeler les différents moyens pour maintenir ses compétences. ▪ Possibilité d'encourager les infirmières plus mobilisées à encourager leurs collègues sur le sujet.

Variable mesurable	Niveaux de mesures	Moyens de soutien reliés
K – Est-ce qu’il y a parfois seulement une infirmière auxiliaire sur place ?	1 – Oui (-1) 2 – Non (1)	▪ Prendre en considération les enjeux possibles lors de situations d’urgence (pas de thrombolyse possible) et voir l’organisation du travail en conséquence.
Résultat	-15 à -11	Fragilité élevée
	-10 à -6	Fragilité moyenne
	-5 à -1	Fragilité faible
	0	Fragilité et adaptabilité nulle
	1 à 5	Adaptabilité faible
	6 à 10	Adaptabilité moyenne
	11 à 15	Adaptabilité élevée

La côte ou la pondération, bien qu’elle ne soit qu’à titre indicatif dans cette ébauche, va d’un minimum critique de -15 à un maximum de 15. Cette pondération pourrait être redéfinie dans le futur, puisqu’elle n’est pas également divisée. Il serait aussi possible de changer les termes « Fragilité » et « Adaptabilité » pour d’autres termes. Les points attribués pourraient aussi être seulement positifs, pour faire un indice final ayant une échelle qui serait seulement positive, ayant comme zéro la valeur la plus faible possible.

Les dix variables présentes dans le Tableau 13 sont celles qui ont été retenues lors du processus délibératif. La variable A s’intéresse au niveau d’expérience de chaque infirmière de l’équipe concernant les situations d’urgence. Cette variable est mesurée par l’infirmière même, puisqu’il s’agit de sa propre perception, ce qui peut jouer directement sur la confiance. Les moyens reliés à cette variable sont majoritairement toutes les formes de formations possibles, autant autodidactes par les infirmières qu’organisées par les personnes gestionnaires.

La variable B s’intéresse à savoir si une infirmière travaille toujours ou souvent seule. Comme entendu lors des visites terrain, la possibilité d’être la seule infirmière pour gérer une

situation d'urgence est un facteur de stress important, surtout si ces infirmières sont novices ou débutantes. Parmi les milieux visités, seulement l'infirmier de l'Isle-aux-Grues travaillait seul en tout temps. Cette personne infirmière étant en poste depuis plusieurs années, la situation pourrait devenir plus complexe lorsqu'elle partira à la retraite. La personne qui prendra le poste pourrait avoir besoin d'un soutien différent, selon son profil.

La variable C mesure le niveau d'éloignement, tel que déjà vu à la Figure 3. Le niveau d'éloignement est important à prendre en considération puisqu'il peut déterminer si un traitement est initié dans un CLSC ou non. Dans le cas du CLSC de l'Isle-aux-Grues, les transferts se font presque toujours en avion et le patient arrive à l'Hôpital de Montmagny dans des délais inférieurs que 30 minutes. Cependant, quand la météo empêche les transferts, la situation peut rapidement devenir complexe. Puisqu'il n'y a aucune voie terrestre, il y aura toujours la possibilité rare que le transfert soit impossible. La nécessité d'avoir le soutien à distance de l'UCCSPU devient évidente dans cette situation.

Le fait que certains CLSC soient dans le même établissement où il y avait avant des urgences 24/7 a été considéré par plusieurs gestionnaires et infirmières des services courants comme étant une variable qui pouvait venir influencer la fragilité. Même si certains de ces hôpitaux ont été fermés il y a plus de 10 ans, certaines personnes de la population locale voient toujours le CLSC comme une petite urgence. Cette croyance serait davantage présente chez les personnes âgées, qui ont connu l'existence des urgences. Il n'est pas si rare qu'une personne se présente à un CLSC pour une condition de santé urgente qui dépasse le mandat du CLSC. Le fait qu'une certaine partie de ces personnes âgées utilisent peu Internet pourrait aussi contribuer à ce phénomène ; les heures d'ouverture et le mandant du CLSC étant indiqués sur le site Internet. Insidieusement, le fait que ces personnes en situation d'urgence reçoivent des soins rapidement ou puissent voir un médecin rapidement sans rendez-vous, vu les GMF adjacentes, encourage aussi le maintien de la croyance que le CLSC est un endroit accessible et adéquat pour ces situations. La réalité étant que ces personnes devraient se rendre directement à l'hôpital le plus proche ou appeler directement une ambulance. La variable de l'ancienne urgence a donc été considérée comme négative, c'est-à-dire qu'elle

augmente le niveau de vulnérabilité. À la suite de cette réalisation, il est dans les plans d'offrir de l'enseignement à la population sur le mandat du CLSC, dans le but que cette variable puisse devenir obsolète dans le futur ; elle sera ensuite retirée de l'indice.

Parmi les variables qui n'ont pas été conservées, il y a celle qui s'intéressait à la présence d'une garde médicale présente 24/7 dans l'établissement a été retirée, puisqu'elle a été jugée comme confondante : cette garde diminue d'un côté la fragilité puisqu'un omnipraticien est toujours présent, mais elle l'augmente aussi puisque la probabilité d'avoir une situation d'urgence devient plus élevée, puisque les personnes s'y présentent parfois pour des urgences sachant la présence médicale. Une autre variable non retenue était celle qui mesurait la proportion d'infirmières novices ou débutantes en soins d'urgence ou qui est nouvellement en poste (moins d'un an) au sein de l'équipe. Cette variable a été remplacée par celle qui s'intéresse à la présence d'une infirmière auxiliaire travaillant seule.

RÉFÉRENCES

- Alami, H., Gagnon, M.-P., Fortin, J.-P. et Kouri, R. (2015). La télémédecine au Québec: état de la situation des considérations légales, juridiques et déontologiques. *European Research in Telemedicine/La Recherche Européenne en Télémédecine*, 4(2), 33-43.
- Artois, P., Moriau, J. et Wagener, M. (2022). Les usages de la recherche collaborative. Des défis et enjeux permanents. *Les Politiques Sociales*, 22(3 & 4), 4-13.
- Association Canadienne pour les soins infirmiers en milieu rural et éloigné. (2024). *The Canadian Association for Rural & Remote Nursing [CARRN]*. <https://www.carrn.com/>
- Barlatier, P.-J. (2018). Chapitre 7. Les études de cas. Dans *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 126-139). EMS Editions.
- Benner, P. (2021). NOVICE TO MASTERY. *Teaching and Learning for Adult Skill Acquisition: Applying the Dreyfus and Dreyfus Model in Different Fields*, 215.
- Bourgeois, L. (2016). Assurer la rigueur scientifique de la recherche-action. *La recherche-action et la recherche-développement au service de la littérature.*, 6-20.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Burrows, G. L., Calleja, P. et Cooke, M. (2019). What are the support needs of nurses providing emergency care in rural settings as reported in the literature? A scoping review. *Rural Remote Health*, 19(2), 4805. <https://doi.org/10.22605/rrh4805>
- Busnel, C., Ludwig, C. et Da Rocha Rodrigues, M. G. (2020). La complexité dans la pratique infirmière: vers un nouveau cadre conceptuel dans les soins infirmiers. *Recherches en soins infirmiers*(1), 7-16.
- Bussières, S., Tanguay, A., Hébert, D. et Fleet, R. (2017). Unité de Coordination Clinique des Services Pr hospitaux d'Urgence: A clinical telemedicine platform that improves prehospital and community health care for rural citizens. *J Telemed Telecare*, 23(1), 188-194. <https://doi.org/10.1177/1357633x15627234>
- Coeur et AVC. (2023). *Intervention coronarienne percutanée (ICP et angioplastie et pose de tuteur)*. <https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/traitements/chirurgies-et-autres-interventions/intervention-coronarienne-percutanee>
- Collerette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherche. *Recherche en soins infirmiers*(3), 81-88.
- Doucet, C. L. et Rhéaume, A. (2020). Impact of an inter-hospital transfer online module on critical care nurses' preparedness for transfers. *Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 31(2).
- Fleet, R., Lauzier, F., Tounkara, F. K., Turcotte, S., Poitras, J., Morris, J., Ouimet, M., Fortin, J.-P., Plant, J. et L gar , F. (2019). Profile of trauma mortality and trauma care

- resources at rural emergency departments and urban trauma centres in Quebec: a population-based, retrospective cohort study. *BMJ open*, 9(6), e028512.
- Fortin, J. P., Labbé, F., Gagnon, M. P. et Lamothe, L. (2011). Projet pilote d'intégration de la télémédecine en services préhospitaliers d'urgence, région de la Chaudière-Appalaches. « UCCSPU/Télémétrie » Rapport d'évaluation. Dans. Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- François, J. et Audrain-Pontevia, A.-F. (2020). La santé numérique: un levier pour améliorer l'accessibilité aux soins de santé au Québec. *Revue Organisations & Territoires*, 29(3), 41-55.
- Google Maps. (n.d). <https://www.google.com/maps>
- Gouvernement du Canada. (2022). *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgglefindmkaj/<https://ethics.gc.ca/fra/documents/tcps2-2022-fr.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2010). *Répertoire des municipalités. Chaudière-Appalaches*. . Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation. <https://www.mamh.gouv.qc.ca/repertoire-des-municipalites/fiche/region/12/>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Thésaurus de l'activité gouvernementale: Services de première ligne*. <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=17412>
- Gouvernement du Québec. (2024). *Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches: Notre organisation*. <https://www.cisssca.com/cisss>
- Gray, B. (2017). The Cynefin framework: applying an understanding of complexity to medicine. *J Prim Health Care*, 9(4), 258-261.
- Hardy, A. et Calleja, P. (2019). Triage education in rural remote settings: A scoping review. *International emergency nursing*, 43, 119-125.
- Hendrickx, L. et Winters, C. (2017). Access to continuing education for critical care nurses in rural or remote settings. *Critical Care Nurse*, 37(2), 66-71.
- Hutchinson, M. et East, L. (2017). The challenges and rewards of rural and remote nursing. Dans *Contexts of Nursing: An Introduction*. Elsevier Australia.
- INSPQ. (2009). *Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois: cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé. Direction développement des individus et des communautés*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=37123
- INSPQ. (2019). *Milieus ruraux et urbains: Quelles différences de santé au Québec?* <https://www.inspq.qc.ca/santescope/milieus-ruraux-urbains>
- Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa. (2023). *Angioplastie*. <https://www.ottawaheart.ca/fr/examen-intervention/angioplastie>
- Institut de la statistique du Québec. (2021). *Bulletin statistique régional - Chaudière-Appalaches*. https://bdso.gouv.qc.ca/docs-ken/multimedia/PB01608FR_RA12_2021A00F00.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2009). *Qu'est-ce qu'un processus délibératif?* Institut national de santé publique,

- . https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/1192_processusdeliberatif.pdf
- Kivits, J., Balard, F., Fournier, C. et Winance, M. (2016). *Les recherches qualitatives en santé*. Armand colin.
- Lamoureux, È. (2021). Recherche participative. *Anthropen*.
- Lejeune, K. et Tardif, M. (2017). *Fibrinolyse dans le cadre d'un infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST: Rapport en appui à l'ordonnance et à l'outil complémentaire à l'intention des établissements et des cliniciens*. INESSS.
- Martin, D., Bekiaris, G. et Hansen, G. (2017). Mobile emergency simulation training for rural health providers. *Rural and remote health*, 17(4057). <https://doi.org/10.1017/S1481803500007958>
- McCarthy, R., Gino, B., Williams, K. L., d'Entremont, P. et Renouf, T. S. (2020). Prehospital Trauma Care: A Simulation Scenario for Rural-Based Healthcare Providers. *Cureus*, 12(6), e8834. <https://doi.org/10.7759/cureus.8834>
- McCullough, K., Bayes, S., Whitehead, L., Williams, A. et Cope, V. (2022). Nursing in a different world: Remote area nursing as a specialist-generalist practice area. *Australian Journal of Rural Health*, 30(5), 570-581. <https://doi.org/10.1111/ajr.12899>
- McElroy, M., Wicking, K., Harvey, N. et Yates, K. (2022). What challenges and enablers elicit job satisfaction in rural and remote nursing in Australia: An Integrative review. *Nurse Education in Practice*, 64, 103454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103454>
- Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie. (2023). *Occupation du territoire: Caractéristiques territoriales et municipales*. <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/capitale-nationale/portrait-regional/occupation-du-territoire>
- Ministère de l'Économie de l'Innovation et de l'Énergie. (2025). *Occupation du territoire: Caractéristiques territoriales et municipales*. <https://www.economie.gouv.qc.ca/pages-regionales/chaudiere-appalaches/portrait-regional/occupation-du-territoire#:~:text=La%20Chaudi%C3%A8re%2DAppalaches%20repr%C3%A9sentait%205,%2C5%20hab.%2Fkm%C2%B2>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur les services de santé et les services sociaux: Chapitre S-4.2*. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-4.2>
- Morrisette, J. (2013). Recherche-action et recherche collaborative: quel rapport aux savoirs et à la production de savoirs? *Nouvelles pratiques sociales*, 25(2), 35-49.
- Moszcynski, A. B. et Haney, C. J. (2002). Stress and coping of Canadian rural nurses caring for trauma patients who are transferred out. *JEN: Journal of Emergency Nursing*, 28(6), 496-504. <https://ezproxy.uqar.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=106817429&lang=fr&site=ehost-live&scope=site>
- Muirhead, S. et 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.

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2025). *L'entonnoir: naviguer dans l'encadrement de l'exercice infirmier*. <https://www.oiiq.org/fr/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/entonnoir>
- Patel, G., Phung, V. H., Trueman, I., Pattinson, J., Botan, V., Parvin Hosseini, S. M., Ørner, R., Asghar, Z., Smith, M. D., Rowan, E., Spaight, R., Evans, J., Brewster, A., Mountain, P. et Siriwardena, A. N. (2023). "It's like a swan, all nice and serene on top, and paddling like hell underneath": community first responders' practices in attending patients and contributions to rapid emergency response in rural England, United Kingdom-a qualitative interview study. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*, 31(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13049-023-01071-3>
- Pavloff, M., Edge, D. S. et Kulig, J. (2022). A framework for nursing practice in rural and remote Canada. *Rural Remote Health*, 22(3), 7545. <https://doi.org/10.22605/rrh7545>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70.
- Riley, K., Wilson, V., Middleton, R. et Molloy, L. (2024). Examining the roles of rural nurses in resuscitation care: An ethnographic study. *International emergency nursing*, 73, 101404. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ienj.2023.101404>
- Rusaanes, V., Eide, H., Brembo, E. A., Gladhus, L., Oswald, B. M. et Heyn, L. G. (2024). Educating nursing students for sustainable future rural health-care services: An umbrella review. *International journal of nursing studies*, 151, 104688. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104688>
- Smith, T., McNeil, K., Mitchell, R., Boyle, B. et Ries, N. (2019). A study of macro-, meso- and micro-barriers and enablers affecting extended scopes of practice: the case of rural nurse practitioners in Australia. *BMC Nurs*, 18, 14. <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0337-z>
- Snowden, D. (2010). The cynefin framework. *YouTube video*, 8, 38.
- Statistique Canada. (2018). *Zones d'influence métropolitaine de recensement : définition détaillée*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/92-195-x/2011001/other-autre/miz-zim/def-fra.htm>
- Statistique Canada. (2021). *Croissance démographique dans les régions rurales du Canada, 2016 à 2021*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-x/2021002/98-200-x2021002-fra.cfm>
- Sylvain, H. (2008). Le devis constructiviste: une méthodologie de choix en sciences infirmières. *L'infirmière clinicienne*, 5(1), 1-11.
- Tanguay, A., Dallaire, R., Hébert, D., Bégin, F. et Fleet, R. (2015). Rural Patient Access to Primary Percutaneous Coronary Intervention Centers is Improved by a Novel Integrated Telemedicine Prehospital System. *J Emerg Med*, 49(5), 657-664. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.05.009>
- Thompson, S. C., Nedkoff, L., Katzenellenbogen, J., Hussain, M. A. et Sanfilippo, F. (2019). Challenges in Managing Acute Cardiovascular Diseases and Follow Up Care in Rural Areas: A Narrative Review. *Int J Environ Res Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16245126>

- Tracy, M. F., O'Grady, E. T. et Phillips, S. J. (2022). *Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing-E-Book: Hamric & Hanson's Advanced Practice Nursing-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Winters, C. A. (2021). *Rural nursing: Concepts, theory, and practice*. Springer Publishing Company.
- Wood, T., Freeman, S., Banner, D., Martin-Khan, M., Hanlon, N. et Flood, F. (2021). Factors associated with teletrauma utilization un rural areas: a review of the literature. *Rural and remote health*, 21(1), 8.