

**La nature de la pratique infirmière en régions
éloignées et/ou isolées au Québec**

**Rapport de recherche
17 mars**

**Ginette Lazure
Professeure-chercheure**

**Faculté des sciences infirmières
Université Laval
Décembre 2002**

INTRODUCTION

Cette étude qualitative, portant sur la nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées au Québec, s'inscrit dans le cadre d'une recherche pancanadienne¹. Plusieurs infirmières et infirmiers, tant au Québec que partout ailleurs au Canada, dispensent des soins dans des communautés dispersées sur des territoires éloignés et/ou isolés où l'on trouve généralement peu de ressources et peu d'accessibilité à des services de santé et autres commodités comme des commerces et des lieux de divertissement. Malgré le rôle important que ces professionnelles de la santé jouent auprès des populations autochtones, les particularités et les exigences de leur pratique demeurent peu connues et peu documentées. Cette recherche vise donc à combler en partie cette lacune.

L'objectif principal de notre démarche consiste à mieux comprendre ce que vivent les infirmières² et certains enjeux de leur pratique. Pour réaliser cet objectif, nous avons choisi de leur donner la parole afin qu'elles puissent décrire l'environnement dans lequel elles pratiquent, les caractéristiques de leur rôle, leur expérience quotidienne et leurs besoins. C'est en comprenant la façon dont les acteurs concernés se représentent leur situation qu'il devient possible d'agir sur des points que ces derniers eux-mêmes jugent cruciaux (Denzin et Lincoln, 1994). Ainsi, les informations recueillies auprès d'infirmières peuvent aider les décideurs et les gestionnaires, tant au niveau local, provincial que fédéral, à mieux orienter les choix organisationnels qui s'imposent pour améliorer les conditions de travail, la formation, le recrutement et la rétention des infirmières en régions éloignées et isolées.

¹ Intitulée *The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada*, cette recherche est dirigée par Martha MacLeod, professeure à l'Université de la Colombie Britannique et subventionnée par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS).

² Étant donné que les femmes représentent la majeure partie des personnes que nous avons interviewées, nous utiliserons, dans les pages qui suivent, le terme infirmières pour faire référence à l'ensemble des participants à l'étude. Ceci a pour but de faciliter la lecture des textes et non pas de nier l'importance des infirmiers.

MÉTHODOLOGIE

Une approche phénoménologique de type herméneutique

La nature de notre objectif relevant davantage du «comment» que du «pourquoi», nous avons opté pour une approche phénoménologique de type herméneutique. Cette approche qualitative se rapporte, en sciences humaines, à la description du phénomène étudié à partir de l'expérience de la vie quotidienne, de la conscience qu'en ont les sujets qui le vivent et des significations que ces derniers lui attribuent. Il s'agit de décrire comment les infirmières qui pratiquent en régions éloignées et/ou isolées se représentent leur situation. En analysant leur discours narratif, nous pouvons mieux comprendre le sens qu'elles donnent à leur réalité.

Notre approche compréhensive s'inscrit dans les préoccupations de la vie quotidienne qui prend comme fondement épistémologique, le sens commun. C'est un savoir pratique qui rassemble ce que les infirmières, travaillant en régions éloignées et/ou isolées, connaissent des particularités de leur pratique. Ainsi, à des critères de généralisation, de validité et de fiabilité du savoir issu des approches quantitatives dites objectives, elle opposera des critères de sens pour expliquer ce qui facilite ou contraint leur pratique.

La population, le recrutement et la cueillette des données

La population à l'étude est celle d'infirmières, membres de l'Ordre (OIIQ) et pratiquant en régions éloignées et/ou isolées au Québec. Étant donné notre approche qualitative et compréhensive, notre échantillon est intentionnel, c'est-à-dire choisi en fonction d'une diversité de cas, permettant de bien représenter les infirmières des divers milieux de pratique en régions éloignées et/ou isolées.

Le recrutement des infirmières s'est effectué grâce à la collaboration de personnes ressources travaillant dans les établissements de santé suivant : au Centre de santé

Inuulitsivik à Purvinituq; au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava à Kuujuaq; au Centre de Santé de la Basse-Côte-Nord; dans un CLSC de la région de Charlevoix; et un centre hospitalier de Rivière du Loup de la région du Bas St-Laurent.

Après avoir obtenu un consentement écrit, nous avons réalisé 10 entretiens semi-dirigés auprès de 7 infirmières et 3 infirmiers, tous enregistrés sur audiocassettes. Étant donné la distance qui nous séparait des interviewés, 8 entretiens ont été réalisés par téléphone. Cependant, nous avons pu rencontrer personnellement 2 personnes étant en congé à Québec. La durée approximative d'un entretien était d'environ une heure et demie. Nous avons utilisé le guide d'entretien élaboré par les chercheurs canadiens initiateurs de la recherche et traduit en français par la chercheure responsable de la province de Québec (annexe 1). Les thèmes abordés sont les suivants : les caractéristiques des milieux de pratique; les caractéristiques de la population; les conditions de vie et de travail; le rôle, les fonctions et les tâches; l'expérience; les besoins.

La constitution d'un corpus

Tous les entretiens ont été transcrits intégralement, ce qui a donné plusieurs pages de *verbatim*. Cette démarche est exigeante, mais comme l'approche phénoménologique est une approche globale, il est, par conséquent, indiqué de lire attentivement l'ensemble des données qualitatives. C'est un moyen efficace qui permet de s'appropriier les discours narratifs à la fois dans leur totalité et dans leurs moindres détails.

L'analyse des données

Après avoir effectué une lecture approfondie du *verbatim*, nous avons créé des catégories et des sous-catégories d'analyse. D'abord, nous avons créé trois catégories pour différencier les milieux de pratique en régions éloignées et /ou isolées selon les territoires de recrutement et deux sous-catégories pour différencier les types d'établissement de soins. Ensuite, nous avons créé des catégories et des sous-catégories se rapportant aux divers thèmes et sous-thèmes découlant des entretiens.

Une autre étape, celle du codage, a consisté à découper notre matériel narratif en unités de sens et à les placer dans les différentes catégories et sous-catégories d'analyse retenues. L'utilisation du logiciel Nu*dist a facilité cette tâche. Cet outil informatique permet de traiter et de classer des données qualitatives, sous la forme graphique d'un arbre articulé ou sous la forme de textes que l'on peut ensuite imprimer et conserver sous forme de rapport.

Enfin, nous avons procédé à une analyse descriptive des données qualitatives en soulevant dans les propos des infirmières les convergences et les divergences en ce qui a trait aux caractéristiques des milieux de pratique, aux conditions de vie des infirmières, aux conditions de travail des infirmières, aux caractéristiques du rôle des infirmières, aux éléments facilitant ou contraignant la pratique.

Pour assurer une rigueur à cette étude, nous avons demandé à deux infirmières qui possèdent plusieurs années d'expérience de travail en régions éloignées et isolées de vérifier la crédibilité de nos descriptions.

RÉSULTATS

Tel que proposé par Geertz (1973), nous avons voulu apporter une « description dense » du contexte des participantes à l'étude, ce qui permet de donner un sens à la nature de la pratique infirmière en régions éloignées et isolées du Québec. C'est pourquoi, nous présentons les caractéristiques du milieu comme toile de fond à la nature de la pratique infirmière en régions éloignées et isolées du Québec.

Les caractéristiques des milieux de pratique

Les infirmières qui ont participé à notre recherche disent pratiquer soit au Nunavik, soit sur la Basse-Côte-Nord, soit sur des Îles situées dans les régions de Charlevoix et du Bas Saint-Laurent. Elles ont décrit ces différentes régions comme étant éloignées et/ou isolées. On leur a demandé de décrire l'environnement physique, les caractéristiques de la

population, l'aménagement de leur lieu de travail, la composition du personnel et l'équipement. De plus, ils ou elles ont spécifié dans quel type d'établissement de soins s'effectue leur travail : soit en dispensaire³, soit en centre hospitalier.

Le Nunavik⁴ : région éloignée et isolée

Nunavik signifie en inuttituk « *La terre où l'on s'installe* ». Situé au nord du 55^e parallèle, il représente environ le tiers de la superficie du Québec. C'est un très vaste territoire où quatorze communautés sont dispersées le long des côtes de la baie d'Hudson, du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Certaines infirmières disent avoir passé plusieurs années à pratiquer dans ces divers petits villages. Cette région est considérée éloignée parce qu'elle est située dans le Grand Nord québécois, à plusieurs milliers de kilomètres des grands centres urbains, comme Montréal et Québec. Elle est également considérée isolée parce qu'il n'y a pas de système routier qui relie les communautés entre elles.

Le Grand Nord québécois est décrit par les infirmières qui y pratiquent comme un territoire peu fertile, au climat rigoureux (-24° en janvier et 11° en juillet) qui ne se prête guère à l'agriculture. En contrepartie, la chasse et la pêche y sont pratiquées grâce à une faune abondante. Il existe plusieurs zones de végétation allant de la taïga à la toundra la plus rigoureuse. Les agglomérations les plus au sud comme Kuujjuaraapik, Kuujuaq et Kangiqsualujuaq sont situées à la limite des forêts. Plus au nord, la végétation se compose presque exclusivement de lichens.

Les quatorze municipalités disposent d'à peu près des mêmes services et infrastructures : approvisionnement en eau courante grâce à la présence de réservoirs domestiques remplis par les camions municipaux; collecte régulière des eaux usées et des ordures ménagères piste d'atterrissage, point de service des Centres Locaux de services communautaires

³ D'après la terminologie des Régies régionales et des CLSC, les dispensaires sont maintenant désignés sous le vocable points de services.

⁴ Pour décrire les caractéristiques objectives du territoire du Nunavik, nous nous sommes référées au document suivant : Edna Lachance et Normand Tremblay, *Les services de santé au Nunavik*, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 1995, 29 pages ainsi qu'aux informations obtenues auprès des infirmières lors des entretiens.

(CLSC), centre communautaire, frigidaires communautaires, bureau de poste, garderies, écoles (maternelle, primaire et secondaire), lieux de culte, magasin général sous forme de coopératives, service policier ainsi que de voirie. L'énergie électrique est fournie par des génératrices au mazout. Malgré le fait qu'on peut trouver un hébergement dans chacun des villages, les hôtels administrés par les coopératives ainsi que les banques et les restaurants ne sont disponibles que dans les plus grandes agglomérations.

Étant donné l'absence de réseaux routiers, l'avion est devenue le moyen de transport privilégié pour se déplacer à l'intérieur de ce vaste territoire ainsi que pour en sortir vers l'extérieur. En période de navigation, de juin à octobre, les bateaux viennent ravitailler les communautés en produits de toutes sortes : pétrole, matériaux de construction, denrées alimentaires non périssables, etc. Dans les villages, il y a très peu d'automobiles et de camions. Les familles mieux nanties possèdent une motoneige et/ou un véhicule tout-terrain pour leurs déplacements. Les télécommunications ont connu un essor considérable avec l'utilisation des satellites. Téléphones et télécopieurs sont largement utilisés. La télévision est très répandue et très populaire. La majorité des émissions proviennent des grands réseaux français et anglais. Taqramiut Nipingat inc. (TNI), produit chaque semaine quelques heures d'émission télévisuelles en Inuttitut De plus, chaque communauté exploite un poste de radio MF diffusant principalement en inuktitut. Celui-ci représente un lien essentiel de communication entre les membres de la collectivité et les services de santé.

La population : les Inuit québécois

Le Nunavik est habité depuis plus de trois millénaires par des peuples venus d'Asie via le détroit de Béring. Les Inuit québécois forment, aujourd'hui, un groupe culturel de quelque 10,000 individus ayant un mode de vie très différent de celui que l'on trouve ailleurs au Québec. La langue maternelle est l'inuktitut, mais on y parle aussi l'anglais et de plus en plus le français enseigné maintenant dans les écoles. Parmi les principales caractéristiques de cette population, mentionnons l'importance de la jeunesse, sa croissance démographique élevée, une morbidité et une mortalité infantiles élevées, un

niveau de scolarisation faible, une organisation sociale traditionnelle soumise à d'importants changements ainsi que des problèmes liés à la dispersion de la population et aux grandes distances. La religion occupe également une très grande place dans leur vie. La plupart des Inuits sont de religion soit anglicane, soit pentecôtiste.

Les Inuits vivent en harmonie avec la nature, gardiens d'une culture millénaire. Ils pratiquent encore des activités traditionnelles telles la chasse, le piégeage et la pêche. Ils mangent encore le phoque, le béluga et le caribou, communément appelés le «*country food*». Comme ces aliments sont le plus souvent consommés crus, des cas de toxoplasmose sont fréquents. Les infirmières décrivent les Inuits comme des gens qui parlent peu, qui sont honnêtes, francs et qui aiment rire. Leurs valeurs et leurs croyances héritées de leurs ancêtres découlent d'une vision du monde très différente. Ils accordent beaucoup d'importance aux très jeunes enfants, au respect des aînés et aux liens de parenté. Ce sont des gens qui vivent au jour le jour accordant peu d'importance à planifier l'avenir. Ainsi la prévention n'est pas une valeur intégrée à leur vie quotidienne. Par ailleurs, ils considèrent la maladie et la mort comme un phénomène naturel et, par conséquent, ils croient qu'il faut se soumettre au destin.

Plusieurs événements ont modifié l'organisation sociale traditionnelle et, par conséquent, leur façon de vivre. Par exemple, l'arrivée des Blancs, l'instauration de l'école obligatoire, la construction d'habitations permanentes, l'occupation d'emplois salariés sont autant de facteurs qui ont contribué à les rendre de plus en plus sédentaires. L'accès aux produits alimentaires importés du sud a changé de façon importante leurs habitudes alimentaires, mais «*guère pour le mieux*» disent les infirmières. Ils consomment de plus en plus de plats usinés, riches en matières grasses et sans valeur nutritive, qu'elles appellent «*junk food*». Aux problèmes de santé liés à une mauvaise nutrition et à une plus grande sédentarité, s'ajoutent des problèmes pulmonaires en lien avec le climat et l'abus de tabac. De plus, on y retrouve les mêmes problèmes vécus dans les grandes villes au sud, mais davantage exacerbés à cause du peu de ressources d'aide et de l'isolement des communautés. Il s'agit particulièrement de problèmes d'abus et de

violence, de surconsommation d'alcool et de drogues, de délinquance et de suicide. Les infirmières parlent de «*misère sociale* ».

Selon des infirmières, les Inuit semblent éprouver beaucoup de difficultés à intégrer les changements apportés par les Blancs : « *Ce sont des gens qui, à peine longtemps, vivaient encore dans des igloos puis on leur demande de comprendre les ordinateurs* ». Avec l'avènement de la technologie comme la télévision et l'informatique, les jeunes vivent un stress d'acculturation important, une expérience inconfortable de remises en question des valeurs traditionnels qui suscitent parfois des conflits entre les générations. « *Il existe un canyon d'incompréhension entre les générations* ».

On déplore le fait que très peu d'Inuit, arrivent à compléter des études supérieures. En effet, à cause des difficultés avec la langue d'enseignement, il semble problématique pour des jeunes de quitter leur communauté pour poursuivre des études dans des grands centres urbains. Ayant beaucoup de difficultés à s'adapter à une nouvelle façon de vivre, ils abandonnent leurs études et retournent dans leur communauté d'origine. Par ailleurs, les jeunes femmes ont des enfants à bas âge, les confinant très tôt dans la vie à leur rôle de mère. Cette situation oblige certains secteurs à recourir à une main-d'œuvre spécialisée venant de l'extérieur, celle-ci ne pouvant être disponible localement. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, on compte quelques Inuits dans des postes d'administrateurs, d'infirmières, d'assistants dentaires, de préposés et de travailleurs communautaires.

Par ailleurs, les infirmières soulignent que l'attitude des Inuit envers les allochtones tend à changer avec le temps. En effet, ceux-ci font preuve, selon elles, de plus d'affirmation et de responsabilisation face à leur santé. Les Inuit du Nunavik oeuvrent activement à mettre en place des structures d'autonomie gouvernementales qui leur permettront d'établir eux-mêmes leurs priorités dans les secteurs importants de leur développement.

Le dispensaire à Kuujjuaraapik

Ce village, situé à la porte de la baie d'Hudson, est également désigné sous le nom de Poste de la Baleine. La population autochtone est composée d'Inuit et de Cris, mais les infirmières que nous avons interviewées travaillent seulement auprès des Inuit. La langue parlée est davantage l'anglais que le français.

Le même dispensaire dessert les deux ethnies, mais avec deux organisations bien distinctes. Il s'agit d'un bâtiment spacieux, construit il y a six ans à peine. Dans l'aile réservée aux Inuits, on y trouve un bureau pour la réceptionniste, trois salles d'examen ainsi que des bureaux pour le médecin et les infirmières. Le dispensaire est relativement bien équipé, surtout si on compare la situation actuelle avec celle vécue antérieurement par les infirmières dans d'autres dispensaires. Une pharmacie est commune aux deux populations, mais celle-ci est divisée en deux, les médicaments ne provenant pas de la même source ni du même budget. Les fournitures médicales ainsi que les médicaments proviennent du centre hospitalier de Puvirnituk.

Comme appareils de communication pour effectuer les transferts d'appel lors des gardes, les infirmières disposent que de petits radio-téléphones ainsi que des téléphones à domicile, les cellulaires ne fonctionnant pas dans le Grand Nord. Des ordinateurs ont été installés depuis plus d'un an, mais faute de formation, ils ne sont pas utilisés comme outils de travail ou de communication. Comme les villages sont dispersés sur un vaste territoire, rassembler les gens pour dispenser la formation nécessaire à cette fin représente un réel défi pour l'avenir.

Comme véhicule de transport, le dispensaire est privilégié car il possède une petite camionnette qui sert d'ambulance aux premiers répondants en cas d'urgence. Elle sert également à transporter les personnes de l'aéroport au dispensaire et du dispensaire à leur domicile lorsqu'ils reviennent d'une hospitalisation au Sud. Il est important de souligner que dans les autres villages où se situent des dispensaires, des ententes sont négociées avec des transporteurs locaux compliquant ainsi beaucoup le travail des infirmières.

Le personnel tant infirmier que médical, provient en grande majorité de l'extérieur. Le dispensaire compte trois infirmières qui travaillent avec les Inuits. Il y a également un médecin et un dentiste offrant des services aux deux ethnies. La fonction principale du médecin est d'agir à titre de consultant auprès des infirmières qui ont la responsabilité de recevoir et d'évaluer les clients à leur arrivée. Un travailleur social agit comme personne ressource aux travailleurs communautaires inuit. Le personnel de soutien, également inuitx est composé de préposées qui assistent les infirmières, d'interprètes, de femmes de ménage et de chauffeurs.

Le centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituk

Le centre de santé *Inuulitsivik* de Puvirnituk a ouvert ses portes en 1986. On trouve, dans le même bâtiment, un dispensaire et un hôpital. L'unité de soin a une capacité de vingt-cinq lits dont quelques-uns sont réservés à la pédiatrie, aux cas chroniques et aux personnes handicapées. L'hôpital comprend aussi une maternité qui fonctionne sous la responsabilité des sages-femmes blanches et des sages-femmes inuites. Elles sont responsables de tous les soins pre, per et post partum. Les médecins sont demandés seulement au besoin. Il est important de souligner que dans les autres communautés de la région de l'Ungava, il n'existe pas de sage-femme. Ainsi les infirmières assument tous les soins maternels.

On y retrouve aussi un petit département de radiologie, une salle d'urgence, une salle de plâtre, des laboratoires, une petite pharmacie ainsi qu'une cafétéria : « *C'est comme la miniature d'un gros hôpital, mais dans un tout petit village* » ... « *Ça ne paraît pas, mais ça roule beaucoup dans ce petit hôpital-là* ». Les bureaux administratifs tant du Centre Hospitalier que des 7 CLSC de la Côte sont regroupés dans ces lieux.

Même s'il est impossible d'établir une comparaison avec les centres hospitaliers universitaires des grands centres urbains, les infirmières disent avoir tout ce qui est nécessaire pour assurer des soins de deuxième ligne de qualité. Les patients nécessitant des soins spécialisés sont transférés vers la région de Montréal. De plus, le centre

hospitalier dispose d'une ambulance pour se rendre sur les lieux des accidents. Un petit ordinateur est placé à la bibliothèque, mais celui-ci ne sert pas encore d'outil de communication entre les intervenants et les différents établissements de soins. Toutefois un système de téléconférence est disponible sur place.

Au total, le personnel de l'hôpital est composé de quatre médecins et d'une quinzaine d'infirmières pour l'unité de soins, dont l'infirmière-chef et son assistante. Les infirmières travaillent conjointement avec des préposées inuit. Des sages-femmes sont responsables du service d'obstétrique. Des travailleurs sociaux inuit et allochtones agissent comme personnes ressources pour le personnel indigène travaillant dans la communauté.

Les infirmières qui travaillent dans un centre hospitalier en régions éloignées effectuent des quarts de travail de 12 heures. Elles apprécient travailler trois jours par semaine et ainsi « *les congés reviennent vite* ».

La Basse-Côte-Nord : une région éloignée et isolée

La Basse-Côte-Nord représente un territoire situé entre le 50^e et le 52^e parallèle, donc plus au sud que le Nunavik et à l'est du Québec. C'est un long territoire situé sur la rive nord du fleuve Saint-Laurent où sont dispersés une dizaine de villages entre Sept-îles et Blanc-Sablon. Cette région est aussi considérée éloignée car les infirmières qui y travaillent doivent prendre l'avion pour s'y rendre et pour revenir, chez elles, lors des congés ou des vacances. Il n'existe aucun système routier sur une grande partie de son territoire donc peu de ressources et de services :

«Il n'y a pas de chemin du tout entre Natashquan et Bland-Sablon. J'ai fait tous ces 7 ou 8 petits villages dispersés. Ce sont de petites communautés tissées très serrées où on vit un isolement total. Pas de moyens de transport sauf l'avion et le bateau.»

Les hivers sont rigoureux avec de bonnes tempêtes de neige qui rendent les déplacements difficiles, surtout en cas d'urgence. L'approvisionnement des produits alimentaires

s'effectue par bateau, en période navigable, et par avion en tout temps de l'année sauf en cas de tempêtes.

La population

Entre Tête-à-la Baleine et Blanc-Sablon, on trouve surtout de petites communautés installées dans cette région depuis la fondation de la compagnie de la Baie-d'Hudson . Sa population est composée principalement de pêcheurs blancs anglophones. La culture de ces petites communautés anglophones de la Basse-Côte-Nord est traditionnelle. Leur nourriture provient, en grande partie de la chasse et de la pêche. Ainsi, les rôles sont bien définis selon le genre, la femme travaillant à l'intérieur de la maison et l'homme à l'extérieur. Selon une infirmière, du fait de leur isolement, les gens sont très fermés sur eux-mêmes. *«Certains personnes ne sont jamais sorties de leur village ou le plus loin qu'elles sont allées, c'est à Sept-îles »*. Les jeunes sortent pour poursuivre leurs études, mais ils reviennent le plus souvent avant d'obtenir leur diplôme, la transition étant trop difficile pour eux. Ils arrivent difficilement à s'adapter à un autre milieu de vie. Le niveau de scolarisation demeurant peu élevé et les emplois étant surtout saisonniers, il y a un fort taux de chômage et d'assistance sociale.

Nous avons discuté avec une infirmière qui travaille au dispensaire de Rivière Saint Paul et une autre au dispensaire de la Tabatière. Le dispensaire de Rivière Saint-Paul dessert deux villages, Rivière Saint-Paul et Vieux Fort, ayant une population d'environ 350 à 400 habitants de tout âge (distribution équilibrée). L'école de Rivière Saint-Paul compte 79 enfants et celle de Vieux Fort, 65. Selon l'infirmière, la mentalité des gens des deux villages est différente, Vieux Fort étant un village plus isolé .

Le village de la Tabatière compte environ 600 à 650 habitants. La population est assez équilibrée au niveau de la pyramide des âges. En plus de la chasse et la pêche, certaines personnes vivent de l'industrie de la construction, mais doivent souvent migrer vers d'autres régions comme en Ontario ou dans les territoires du Nord-Ouest. Une très petite

minorité travaille dans les bureaux de la municipalité et dans les petits commerces locaux.

Le dispensaire de Rivière Saint-Paul

Ce dispensaire est récent, construit depuis environ une dizaine d'années. L'infirmière considère que c'est une très belle clinique bien aménagée: une salle d'attente, une aire centrale occupée par une préposée, des bureaux spacieux bien aérés et bien équipés, une salle d'observation, un laboratoire, une pharmacie et une salle multifonctionnelle pour prendre les repas ainsi qu'une réserve pour le matériel. Une salle est mise à la disposition de l'ophtalmologiste, lors de ses visites. Deux bureaux sont disponibles pour les travailleurs sociaux.

Au niveau de l'équipement, elle affirme que celui-ci est de base: saturomètre, glucomètre. Elle ajoute que c'est la seule clinique sur la Basse-Côte-Nord qui n'a pas d'appareil électrocardiogramme relié au système de communication. N'ayant pas de moniteur cardiaque, il est difficile d'assurer une surveillance adéquate en cas de situation urgente. Les patients doivent être transférés le plus rapidement possible. Par contre, un ordinateur leur permet de compiler les statistiques, maintenir la liste des rendez-vous et envoyer des courriels.

Le personnel est composé de trois infirmières, d'un médecin visiteur et de deux préposées. Le médecin vient au dispensaire environ une à deux fois par mois, selon ses disponibilités. Les travailleurs sociaux ne sont pas rattachés au dispensaire de façon permanente. La préposée cumule les fonctions de réceptionniste et de secrétaire. Selon l'infirmière, une partie du personnel est stable et une autre partie change constamment aux six à douze mois. L'orientation des nouveaux arrivants relève de ses fonctions.

Le dispensaire de La Tabatière

Le dispensaire de la Tabatière est décrit comme étant le plus récent et le mieux équipé de la région. Construit il y a peine dix ans, il est situé sur une colline qui surplombe le village, « *un point de vue sans pareil* », soutient l’infirmière. L’édifice de deux étages loge la clinique des soins infirmiers, la clinique dentaire, la réception, la pharmacie et le laboratoire, le bureau de l’agent des ressources humaines, la salle de conférence et de vidéoconférence, la salle de pause-café et quelques bureaux pour les différents professionnels de la santé qui viennent en consultation.

Quant à l’aménagement des lieux ainsi que pour les équipements, l’infirmière dit être très choyée. En effet, grâce à un projet pilote de formation à distance avec l’Université du Québec à Trois-Rivières, le dispensaire a bénéficié de deux salles d’examens, d’une salle d’urgence munie d’un équipement très moderne comme une civière hydraulique et divers appareils d’urgence des plus sophistiqués. Entre autres, un appareil ECG relié à un système de communication facilite la transmission des informations à un centre hospitalier de leur choix. De plus, une salle munie d’un microphone et d’un système vidéo avec moniteur facilite les contacts avec un médecin du Centre de santé de la Basse-Côte-Nord. En situations d’urgence, les infirmières se rendent elles-mêmes sur les lieux avec l’ambulance mise à leur disposition, les premiers répondants n’ayant pas encore reçu de formation.

Lors des gardes, le soir et les fins de semaines, un système de transfert des appels au domicile des infirmières est activé. Ainsi, les appels entrent à la clinique et sont transférés à Blanc-Sablon. De là, les réceptionnistes communiquent avec elles par téléavertisseurs. Les fins de semaines, on peut les joindre chez elles grâce à des téléphones satellites. Par ailleurs, les infirmières doivent se déplacer par elles-mêmes en cas d’urgence, n’ayant pas de voiture mise à leur disposition.

Le personnel se compose de trois infirmières, d’un médecin, d’un travailleur social nommé agent de ressources humaines et d’une préposée locale qui agit comme

réceptionniste. Le médecin assure une permanence d'une semaine à toutes les deux ou trois semaines. Il y a aussi un dentiste qui vient au mois selon le besoin. À l'occasion, se présentent des médecins dépanneurs, des spécialistes, des physiothérapeutes qui font la tournée de la côte, de dispensaire en dispensaire. Enfin, des employés locaux assurent l'entretien, le ménage et le remplacement de la réceptionniste à l'occasion.

Des îles dans Charlevoix et le Bas Saint-Laurent: des régions isolées

Parmi les infirmières interviewées, certaines pratiquent sur des îles. Elles dispensent des soins, dans un point de service rattaché au Centre local de services communautaires (CLSC) le plus près. Mais ici aussi les infirmières parlent de dispensaires. Les îles ne sont pas des régions éloignées en terme de distance des grands centres urbains, mais elles sont considérées isolées de par l'incapacité d'y entrer et d'en sortir en tout temps. Il faut prendre soit le bateau, l'hélicoptère ou l'avion, mais cela seulement quand les conditions atmosphériques ou saisonnières le permettent. Par exemple, à la période où le pont de glace qui relie l'île à l'autre rive n'est pas encore suffisamment gelé pour traverser en motoneige et que le traversier ne peut plus circuler, l'infirmier déclare que les insulaires deviennent alors très anxieux. Aux temps «*des mauvaises traverses*» comme disent les insulaires, il y a un service d'hélicoptère trois jours par semaine. Cependant, plusieurs conditions empêchent les hélicoptères ou les avions de circuler, à titre d'exemple, le soir ou la nuit, le brouillard, les tempêtes de neige, le temps des oies blanches.

La population

La population de ces îles sont des blancs francophones. Le nombre de personnes, vivant à l'année, varie considérablement d'une île à l'autre. L'été, le nombre de visiteurs ne cesse d'augmenter, la plupart des insulaires vivent de l'industrie du tourisme. Alors que sur deux îles la population est vieillissante, sur l'autre, elle est décrite comme étant plutôt équilibrée par rapport à la pyramide des âges. Sur l'une des îles, la population est composée surtout de cultivateurs. L'infirmière les décrit comme des gens qui travaillent très forts et qui organisent plusieurs festivités pour se divertir. À son avis, ce sont des

gens coopératifs, assez scolarisés et informés; ils se prennent en main. Sur une autre île, la population est très restreinte, comptant une trentaine de personnes. Comme l'emploi se fait rare, les jeunes n'y sont plus. On n'y pratique plus ni la pêche ni l'agriculture. Parmi les insulaires, il n'est pas rare de rencontrer des personnes qui ne sortent pratiquement jamais de leur île. Toutefois, une solidarité les unit : « *En vivant isolés sur un petit territoire, les gens n'ont pas le choix de s'entraider* »

Les dispensaires

Les dispensaires sur les îles en régions isolées sont généralement décrits comme étant vieux, mal aménagés et, parfois même, insalubres. En effet, les infirmières qui y travaillent déplorent l'état des locaux et le fait qu'on ne réponde pas à leurs demandes. Il s'agit souvent d'une maison mobile ou modulaire dans laquelle sont aménagées la clinique et la résidence. Un infirmier dit avoir lui-même rénové le bâtiment. Dans la partie clinique, il y a habituellement une petite salle d'attente, une petite salle avec une table d'examen, une pharmacie ainsi qu'un endroit pour effectuer la stérilisation.

L'équipement est considéré très limité. Entre autres, l'une des infirmières souligne qu'il n'y a pas de moniteur cardiaque ou quoi que ce soit pour évaluer les patients. Cependant, depuis un an, il y a un défibrillateur qui peut être utilisé par les premiers répondants. Ce sont des gens de l'île formés pour intervenir en cas d'urgence dans le cadre du programme 911. Quand il n'y a pas d'ambulance sur l'île, c'est un bénévole qui fournit une fourgonnette pour assurer le transport en cas d'urgence. Certaines infirmières disent avoir un véhicule mis à leur disposition pour effectuer des visites à domicile. À cause du grand nombre de touristes qui circulent sur l'île l'été, un infirmier a dû se procurer un véhicule servant à transporter les gens en cas d'accidents ou d'urgence de toutes sortes. Grâce à son initiative, il s'est fait commanditer une ancienne ambulance d'urgence Santé Montréal. Il a également mis sur pied avec l'aide de la Régie régionale, un programme de premiers répondants. Comme moyens de transport, il possède aussi une chaloupe munie d'un moteur pour traverser le fleuve en cas d'urgence, une motoneige et un véhicule à chenilles. Pour communiquer, les infirmières sont équipées soit de cellulaires ou de télé

avertisseurs. Deux dispensaires possèdent un ordinateur alors que l'autre dispose seulement un télécopieur.

Sur le plan du matériel et des fournitures médicales, les infirmières estiment qu'elles s'organisent pour ne manquer de rien. Un infirmier déclare se débrouiller lui-même pour se procurer les choses dont il a besoin, soit au centre hospitalier soit à la Régie régionale, des endroits qu'il fréquente régulièrement. « *Tout le monde me connaît* », dit l'infirmier et « *ils savent que le dispensaire n'est pas riche* ».

Dans les dispensaires des îles, le personnel est très restreint. Il n'y a habituellement qu'une seule infirmière qui y travaille, sans personnel de soutien. Il n'y a ni médecin, ni policier qui réside sur l'île. Une île où la population est plus nombreuse fait exception, trois infirmières se partagent les gardes. Le dispensaire est donc ouvert sept jours par semaine, 24 heures sur 24. Depuis peu de temps, on peut compter sur la présence d'un médecin une fois la semaine et occasionnellement d'un travailleur social.

La nature de la pratique infirmière

Pour des infirmières, la nature de leur pratique en régions éloignées et isolées du Québec émerge de la compréhension des conditions de vie, des conditions de travail, des caractéristiques du rôle, des éléments facilitant leur pratique ainsi que des éléments la contraignant.

Les conditions de vie des infirmières

Les infirmières qui pratiquent en régions éloignées et/ou isolées discutent des conditions de vie en insistant sur l'importance d'accepter l'éloignement géographique, de s'adapter à un nouvel environnement physique et climatique, d'appivoiser l'isolement et de s'ouvrir à une autre culture.

Accepter l'éloignement géographique

Pratiquer en régions éloignées exige de quitter son milieu de vie pour s'installer dans des petits villages situés très loin en termes de kilométrages, des grands centres urbains où elles habitent. Parfois même, elles doivent prendre l'avion pour se rendre et pour revenir chez elles, lors des congés ou des vacances. Aux dires des infirmières, accepter l'éloignement géographique impose une réorganisation importante de la vie familiale et ça « *sans ses repères qui facilitent tant le quotidien* ».

S'adapter à un nouvel environnement physique et climatique

Pratiquer en régions éloignées implique de vivre une période de dépaysement car elles se retrouvent dans un environnement très différent. Dans les régions nordiques, par exemple, les villages sont dispersés sur un vaste territoire quasi désertique et peu peuplé. La végétation est aride, beaucoup moins luxuriante que dans le Sud. De plus, les hivers sont très rigoureux, caractérisés par un froid intense et d'importantes tempêtes de neige. En somme, cela implique qu'elles doivent se familiariser avec de nouvelles conditions de vie quotidienne qui exigent, entre autres, d'aimer la nature et l'aventure. Sur les îles, les conditions de vie sont moins différentes, mais selon les infirmières les caprices du fleuve impose un rythme :

« Nous suivons un rythme différent selon les saisons, nous vivons les saisons différemmentles saisons marquent notre travail beaucoup plus que l'autre côté, les glaces nous isolent.. ».

Apprivoiser l'isolement sous toutes ses formes

Les infirmières qui travaillent dans le Grand Nord estiment que leur milieu de vie est non seulement éloigné mais aussi isolé. Le Nunavik représente, pour plusieurs infirmières, une terre de solitude. Pour vivre dans ce contexte, il faut apprivoiser l'isolement sous toutes ses formes, tant sur le plan physique, psychologique que social. Une infirmière raconte comment elle a eu un choc la première fois qu'elle est descendue de l'avion sur le

littoral de la baie d'Hudson. En effet, elle s'est retrouvée *« toute seule sur une piste de sable déserte, au beau milieu de nulle part »* .

La plupart des infirmières, quelque soit leur milieu de pratique, doivent quitter leur conjoint ou leur famille pour aller travailler en régions éloignées et/ou isolées. De plus elles travaillent habituellement seules dans les dispensaires. À leur avis, cette réalité exige que la personne soit très autonome et surtout très équilibrée sur le plan psychique : *«Ça prend quelqu'un qui ne traîne pas de gros problèmes émotionnels derrière lui et qui est bien dans sa peau»*. Dans les petits villages situés au Nunavik et sur la Basse-Côte-Nord ou encore sur les îles, il y a peu d'habitants ainsi que peu d'espaces de divertissement et de socialisation. Les infirmières déclarent qu'il faut être créatives, capables de s'organiser soi-même des activités de loisir ou de s'intégrer à des activités de la communauté ce que plusieurs hésitent à faire.

Certaines infirmières, ayant plusieurs années d'expérience dans le Grand Nord, disent préférer travailler maintenant dans des villages moins isolés situés dans le sud de la baie d'Hudson. Selon elles, certains villages sont plus faciles d'accès, plus peuplés et plus développés que d'autres. En d'autres termes, plus il y a de facilité de transport et de communication, moins elles se sentent isolées. Une infirmière dit préférer maintenant travailler dans un centre hospitalier où elle côtoie plusieurs personnes plutôt que dans un dispensaire où elle pratique habituellement seule.

S'ouvrir à une culture différente

Pratiquer en régions éloignées et/ou isolées, c'est aussi découvrir une population parlant une autre langue et ayant des croyances, des valeurs et des modes de vie différents. Vivre dans des communautés de chasse et de pêche, c'est aussi accepter que les activités habituelles cessent pour un temps pendant certaines périodes de l'année:

«Chez les Inuits, chez les Cris, les villages sont fermés pendant deux ou trois semaines . Tout arrête pour la chasse.» «Parfois ils n'assistent pas à une réunion ou encore ne se rendent pas à un rendez-vous alors il faut être capable de remettre à demain

ce qu'on voulait faire aujourd'hui».

Selon les infirmières, plusieurs professionnels de la santé qui arrivent des grands centres urbains, très souvent mal préparés, éprouvent beaucoup de difficultés à ce rythme de vie. On observe chez eux des comportements ethnocentriques, sources de conflits avec la communauté.

À l'arrivée, l'infirmière expérimente très souvent un choc culturel important face à des croyances et des comportements en matière de santé qui découlent d'une vision du monde très différente. S'ouvrir à une culture différente signifie d'éviter de porter des jugements de valeur et tenter de comprendre le sens même de ces comportements. C'est aussi éviter les comparaisons avec les façons de faire du Sud ou des grands centres urbains.

Les conditions de travail des infirmières

Les infirmières ont discuté des conditions de travail en régions éloignées et/ou isolées en termes d'avantages tels le fait de recevoir des primes annuelles, d'avoir droit à des congés réguliers et de bénéficier de certaines compensations financières.

Recevoir des primes annuelles

Les infirmières bénéficient de certaines conditions financières avantageuses qui peuvent les inciter à choisir la pratique en régions éloignées et/ou isolées et à y rester. Elles peuvent recevoir de l'employeur une prime d'isolement, de rétention et de disponibilité selon leur affectation et selon leur statut.

Les infirmières de la Basse-Côte-Nord déplorent recevoir que la moitié de la prime installation-rétention donnée aux infirmières qui pratiquent au Nunavik. *«C'est vrai qu'on ne pratique pas dans des régions aussi éloignées, mais nous sommes à la fois éloignées et isolées»*, disent-elles.

Sur les îles, les infirmières n'ont aucune prime.

Avoir droit à des congés et des vacances payées

Comme l'infirmière se rend habituellement travailler en régions éloignées et isolées, sans famille, le plus souvent sans conjoint, il est nécessaire qu'elle bénéficie de congés réguliers lui permettant de retourner chez elle et de retrouver son milieu de vie habituel. *«Il est également important d'avoir la chance d'aller se ressourcer dans le Sud, soit pour aller au cinéma ou voir des arbres»*, comme le souligne une infirmière. Les infirmières célibataires travaillant en régions éloignées ont droit à quatre sorties par année tandis que les infirmières qui vivent au nord avec des personnes dépendantes n'ont droit qu'à trois sorties par année pour eux et leur famille.

Sur les îles, les infirmières bénéficient des mêmes congés et des mêmes vacances que les infirmières qui travaillent en régions urbaines.

Bénéficiaire de compensations financières

Le logement est fourni par l'employeur, mais une certaine somme est ajoutée à leur salaire, donc imposable. Les infirmières apprécient que les appartements mis à leur disposition soient modernes, individuels, confortables et indépendants du lieu de travail. Par ailleurs, dans le Grand Nord, à cause d'une pénurie de logements, elles se voient dans l'obligation de prêter leur logis aux infirmières qui viennent les remplacer lors des congés ou de vacances au Sud, ce qui leur semble une difficulté importante touchant leur intimité. Pour certaines, cette situation est décrite comme étant intolérable malgré la compensation financière.

Le coût de la vie dans les régions nordiques est beaucoup plus dispendieux, surtout lorsque vient le moment d'acheter ou commander la nourriture qui vient du Sud, principalement les légumes et les fruits. C'est ainsi qu'on accorde aux infirmières une certaine compensation financière pour couvrir les frais encourus par le transport de

nourriture. Il en est de même pour les frais de déplacement par avion lors des congés annuels.

En résumé, les infirmières de la Basse Côte Nord estiment qu'avec le temps, les conditions de vie et de travail en régions nordiques éloignées se sont beaucoup améliorées. Les gouvernements ont investi davantage dans le Grand Nord pour construire des dispensaires bien aménagés avec des équipements modernes. Par contre, une infirmière souligne que le dispensaire d'Akulivik est complètement dysfonctionnel, trop petit et très vieux. Les logements se sont également améliorés. Elles constatent une augmentation des avions-cargo qui transportent des denrées et des produits de toutes sortes. Il y a également une plus grande disponibilité de professionnels de la santé qui travaillent dans les régions nordiques. En revanche, les infirmières qui pratiquent sur des îles, déplorent toujours l'état des locaux qui leur servent à la fois de résidence et de dispensaire :

« *Parfois on a l'impression d'être oubliées* »

Les caractéristiques du rôle des infirmières

Les infirmières ont discuté des particularités qui caractérisent leur «rôle propre»; un rôle polyvalent et complexe, davantage axé sur le curatif comportant des tâches multiples et variées.

Un rôle polyvalent et complexe

Toutes les infirmières parlent d'un rôle polyvalent, d'un rôle « *élargi* » comportant à la fois, plusieurs fonctions différentes :

- une fonction clinique, centrée davantage sur les examens physiques, le dépistage et le traitement curatif de la maladie
- une fonction d'assistance aux personnes et leurs familles vivant des problèmes de santé mentale ou des événements de vie traumatique

- des fonctions d'éducation, de prévention, de promotion de la santé et du bien-être de la population
- une fonction de coordination assurant les liens administratifs entre le client et les autres professionnels de la santé ainsi qu'entre le dispensaire et le centre hospitalier local ou vers l'un des hôpitaux de référence de Montréal.

Les infirmières perçoivent également leur rôle comme étant complexe parce que celui-ci est multidimensionnel. En effet, elles affirment devoir tenir compte, dans leur pratique quotidienne de toutes les dimensions de la vie qui influencent la santé des gens qu'elles rencontrent soit au dispensaire, soit à leur domicile ou encore dans des établissements publics, comme l'hôpital ou l'école. Il s'agit donc d'une pratique infirmière qui se doit selon elles d'être « *holistique* ».

Un rôle davantage axé sur le curatif

Des infirmières qui travaillent dans un dispensaire en régions éloignées et isolées reconnaissent l'importance de leur rôle polyvalent et complexe et le valorise. Toutefois, elles déplorent le fait qu'elles doivent passer la majeure partie de leur temps à faire de la « *clinique* », à répondre aux différentes situations médicales qui nécessitent des soins de première ligne, le médecin n'étant pas sur place. Ainsi, elles regrettent ne pas s'impliquer davantage dans la communauté pour réaliser des activités d'éducation pour la santé avec la population. Un manque de ressources est dénoncé : « *tu vas laisser tomber quoi si tu as une urgence? C'est la santé communautaire* ».

Les infirmières reconnaissent la responsabilité des allochtones quant aux problèmes vécus par les populations autochtones et ainsi, questionnent l'efficacité même du système de santé à résoudre ces problèmes dans le Grand Nord québécois. Selon les infirmières, une plus grande sensibilité est nécessaire pour reconnaître que ces populations ont été fragilisées par l'imposition d'une nouvelle culture. Les infirmières observent que, même après 30 ans de présence d'équipes de soins dans le Grand Nord, les Inuit sont très dépendants des pilules et des traitements. « *Ils ne se prennent pas en main, ne serait-ce*

que pour soigner une petite coupure ». La dimension curative du soin a été et est toujours beaucoup trop valorisée tant par les gestionnaires des services de santé que par plusieurs professionnels de la santé recrutés et ça, au détriment de la dimension préventive. Pourtant il est connu que plusieurs problématiques de santé à incidence élevée dans ces communautés telles l'alcoolisme, la toxicomanie, la violence, la malnutrition, imposent nécessairement des approches de soins de santé primaire. Des soins essentiels s'inspirant de méthodes et technologies pratiques, acceptables du point de vue social, avec la participation entière de la communauté et à un coût abordable pour elle.

Sur la Basse-Côte-Nord, des infirmières disent s'engager dans certaines activités de soins préventives dans les écoles, mais le plus souvent celles-ci se font en dispensaire, auprès des nouvelles familles, lors des cliniques de vaccination et du suivi infantile.

Les infirmières qui pratiquent au dispensaire de *Kuujuaraapik* (Poste de la Baleine) font des soins à domicile dans le cadre du programme PLA (Persons in lost of autonomy) implanté depuis un an. Elles se déplacent uniquement quand les personnes sont en grande perte d'autonomie ou encore dans des situations d'urgence lorsque la personne ne peut se déplacer au dispensaire. Elles disent ne pas vouloir créer de précédents et risquer ainsi des abus.

Quant aux îles où la population est vieillissante, les infirmières disent consacrer beaucoup de temps aux soins à domicile.

Un rôle comportant des tâches multiples et diversifiées

Comme il n'y a généralement pas de médecin dans les dispensaires, l'infirmière exécute des tâches très diversifiées (voir description détaillée en annexe). En effet, des participantes expliquent que leur rôle dépasse de beaucoup l'exécution d'activités de soins prescrites, comme il est souvent le cas dans les hôpitaux du sud. Elles se qualifient d'intervenantes de première ligne nécessitant des connaissances solides pour procéder à l'évaluation de l'état de santé de la personne qui se présente à la consultation. En effet, l'infirmière doit être en mesure d'effectuer un examen physique et à l'aide des guides

thérapeutiques élaborés, décider des soins et des traitements requis. Des infirmières racontent que dans certaines circonstances, elles peuvent être appelées à faire des immobilisations plâtrées, des réparations de lacérations et parfois même des plombages temporaires en l'absence du dentiste. Elles doivent démontrer des compétences lors des accouchements d'urgence, lors de divers traumatismes accidentels tout comme en soins palliatifs à domicile.

En plus d'un rôle polyvalent et complexe, axé sur le curatif comportant des tâches multiples et variées, il ressort que plusieurs infirmières décrivent leur pratique comme étant une « *mission* » à accomplir, celle de collaborer avec une communauté en les soutenant dans leur volonté de former leur propre personnel et ainsi assurer une relève .

Les éléments facilitant la pratique

Les participantes à l'étude ont acquis une expérience sur le terrain qui leur permet d'identifier et de décrire les éléments qui facilitent la pratique en régions éloignées et/ou isolées. Elles discutent des dispositions personnelles et des qualifications professionnelles, de la nature même du travail qui n'est pas routinier mais gratifiant et enrichissant sur le plan humain, du travail d'équipe et de la collaboration interdisciplinaire ainsi que des bonnes relations avec les gens de la communauté.

Des dispositions personnelles et des qualifications professionnelles

Les infirmières soutiennent que certaines dispositions personnelles facilitent la pratique en régions éloignées et isolées, entre autres, être aventurière, autonome, débrouillarde, affirmative, combative et toujours prête à aider.

*« Même si tu donnes un million de dollars à quelqu'un, ce n'est pas n'importe qui peut s'éloigner dans la brousse à faire ce travail-là , les démissions sont nombreuses»
... «Ça prend une force de caractère pour faire ce genre de métier-là...il faut aimer travailler seule, organiser son horaire, faire ma petite affaire moi-même, j'aime cela».*

De plus, les infirmières ont intérêt à valoriser une bonne forme physique. En effet, la nature de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées exige parfois de surmonter des difficultés qui sortent de l'ordinaire :

«Quand il fait une tempête épouvantable il faut, en cas d'urgence, se déplacer à pied pour aller chercher un patient chez lui ou un accidenté sur la route. Parfois, il faut marcher dans la neige jusqu'aux fesses, ne voyant ni ciel ni terre».

La plupart des infirmières estiment que la personne qui possède une grande capacité d'adaptation démontre habituellement une ouverture à différents apprentissages, tant personnels que professionnels: *«C'est un défi, c'est une école pour une infirmière où tu apprends à chaque jour sur toi, surtout»*. Au départ, la personne disposée à apprendre est plus consciente de ses limites et reconnaît ne pas détenir toujours les réponses ou le savoir-faire requis, elle prend plaisir à se documenter ou demander conseil.

«Ma première expérience en dispensaire, j'ai appris sur le tas, comme on dit. J'avais quand même une formation universitaire, j'avais quand même une bonne base en examen physique sauf qu'évaluer des poumons, regarder des oreilles, des gorges, faire des examens gynécologiques, c'est des choses que j'ai apprises à force d'en faire puis j'ai développé une certaine dextérité. ... c'est finalement avec le support du personnel senior qui m'encadrait que j'ai appris».

Des qualifications professionnelles facilitent le travail en régions éloignées et /ou isolées. D'abord, une connaissance fine, avant le départ, de toutes les dimensions socioculturelles qui influencent le soin et la santé des communautés facilite l'intégration en régions éloignées et/ou isolées et permet de dispenser des soins sensibles culturellement. À titre d'exemple, la langue parlée est l'inutilité mais comme les Inuits parlent davantage l'anglais que le français, la maîtrise de la langue anglaise est donc essentielle pour exercer au Nunavik tout comme dans les petits villages de pêcheurs anglophones sur la Basse-Côte-Nord. Le contexte historique est tout aussi important à comprendre pour nuancer l'influence de celui-ci sur divers comportements de santé. *« En milieu autochtone, le dilemme pour nous est de savoir comment intervenir d'une façon appropriée.»* Une formation sur les approches interculturelles est incontournable.

Une expérience solide d'une part, dans les hôpitaux des centres urbains est recommandée, de préférence à l'urgence, en obstétrique, à la salle d'opération ou aux soins intensifs: *«C'est sûr que les filles qui travaillent dans ces départements-là, ça donne une capacité de faire face à certaines situations d'urgence et au stress qui est lié»*. D'autre part, il est aussi reconnu que l'expérience de travail dans le domaine de la santé communautaire s'avère un atout précieux pour faciliter l'organisation des programmes de promotion de la santé dans la communauté, ainsi des programmes de prévention dans les écoles et auprès des jeunes familles.

Compte tenu de la complexité des expériences rencontrées dans cette pratique, des connaissances infirmières approfondies facilitent l'exercice de leur rôle. Les infirmières disent ressentir le besoin de suivre des formations spécialisées soit un certificat en soins cliniques, spécifique pour les infirmières qui travaillent en régions éloignées, soit un certificat en santé communautaire. D'autres mentionnent avoir suivi des cours par le biais des programmes de formation continue : bilan de santé, formation pour les premiers répondants (RCR), points de suture, les soins d'urgence avancés, les soins en réanimation cardio-respiratoire avancés, la réanimation pédiatrique.

Valoriser une pratique professionnelle qui s'appuie sur des valeurs humanistes et altruistes prend tout son sens dans un contexte d'une telle pratique, aux dires des infirmières. Ainsi, développer des compétences solides en relation d'aide est un pré requis indispensable :

« il faut être capable de comprendre, écouter, respecter, être empathique bref, considérer la personne positivement ... je pense qu'il faut aimer les gens, avoir envie de les connaître, les accepter comme ils sont sans poser de jugements de valeur et accepter d'être dérangés».

Un travail non routinier, gratifiant et enrichissant sur le plan humain

Parmi les raisons qui ont poussé les infirmières à travailler en régions éloignées et/ou isolées et qui, par le fait même, facilitent leur pratique, elles mentionnent l'attrait pour un travail intéressant, utile, gratifiant et enrichissant sur le plan humain.

Il s'agit d'un travail non routinier avec des défis constants à relever, des nouveaux apprentissages et de multiples occasions de s'améliorer. Certaines se disent passionnées et parlent même de vocation : *«Aller chercher un patient qui fait une crise cardiaque, en pleine nuit, dans un petit village éloigné et l'amener à bon port, c'est-à-dire à l'hôpital puis revenir en avion à quatre heures du matin en admirant le lever du soleil, ça c'est très satisfaisant»*. Une infirmière d'expérience ajoute: *«Après 18 ans dans le Grand Nord, ce n'est pas un fardeau d'aller travailler contrairement à ce que j'ai vécu avant dans les hôpitaux de Montréal»*. Enfin, une autre infirmière, pratiquant sur une île, apprécie la diversité de la clientèle et des fonctions qu'elle doit assumer: *«On soigne les bébés naissants jusqu'aux personnes âgées. On est appelé autant pour des cas d'ébriété, de violence conjugale que d'accidents de voiture ou de moto»*.

Des infirmières disent tirer davantage de satisfaction de leur travail parce qu'elle ont l'impression d'aider des gens ayant des besoins plus criants au niveau des soins de santé que les patients qu'elles soignaient dans les hôpitaux du sud :

«J'ai quelqu'un qui vient me voir tous les matins. C'est un monsieur qui n'est pas vraiment classé psychiatisé, mais il a des problèmes, à un moment donné, d'hallucinations. Lui, sa routine, c'est d'arrêter le matin, ici, prendre un café. C'est correct parce qu'il n'aurait nulle part où aller si je n'étais pas là».

Elles insistent sur le sentiment d'être « utiles ». En retour, les gens leur témoignent de la gratitude et de la reconnaissance.

«Ce qui m'a amené ici, c'est le côté humain. Ça, c'est important. Comment je te dirais ça? J'ai travaillé longtemps dans des grands centres, mais ici les gens sont reconnaissants pour ce que tu fais. Je te dirais que la reconnaissance que les gens ont pour ce que tu fais, ça vaut bien des augmentations de salaire».

Le travail d'équipe de qualité et une collaboration interdisciplinaire

Pratiquer en régions éloignées et/ou isolées, c'est d'abord et avant tout travailler en équipe : *«Ton équipe, c'est du monde sur qui tu peux compter et que tu dois compter chaque jour.»* Dans tout dispensaire, l'équipe de base est habituellement composée d'une ou plusieurs infirmières et d'un personnel de soutien autochtone et inuit:

«Quand on est occupé, on n'a pas le temps de voir les clients tout de suite. Les assistantes vont alors prendre les signes vitaux, s'occuper des prélèvements d'urine, leur demander pourquoi ils viennent, des choses comme ça. Elles sont aussi impliquées au niveau de la collecte des données car elles savent ce qui se passe dans la communauté.»

Les infirmières soulignent l'importance d'avoir de bonnes relations avec le personnel autochtone et inuit, estimé stable et très dévoué. En effet, leur soutien est jugé indispensable, surtout quand l'infirmière doit affronter des situations d'urgence. Les infirmières ne pourraient pas exercer leurs fonctions de la même manière au Nunavik sans interprète, car un bon nombre d'Inuits, surtout les personnes âgées et les enfants ne parlent ni français ni l'anglais.

Dans certains dispensaires, comme sur la Basse-Côte-Nord, des infirmières disent travailler également avec des collègues et d'autres professionnels de la santé. Le fait d'être bien acceptées dans l'équipe, facilite leur pratique :

«Moi, je ne vois pas ça autrement qu'un travail d'équipe parce que, des fois, tu es dans le pétrin, mais il y a toujours quelqu'un qui est prêt à venir te donner un coup de pouce. Nous, quand on assure la garde, l'autre personne assure toujours une disponibilité pour aider à la tâche si jamais il y avait une urgence....Souvent ton équipe de travail devient ta deuxième famille ».

Les infirmières disent travailler en étroite collaboration avec des médecins. Lorsqu'un problème semble complexe et sérieux, et qu'il n'y a pas de médecin sur place, l'infirmière peut en tout temps, par téléphone rejoindre un médecin pour discuter du cas, décider du traitement à entreprendre localement et/ou du transfert vers un centre hospitalier: *«Dans une situation de crise où le patient se meurt et qu'il est très souffrant,*

ils sont très soutenant; la nuit, ils sont chez eux et ils peuvent passer une heure à te conseiller». La qualité de cette collaboration professionnelle facilite l'expérience de travail des infirmières.

De bonnes relations interpersonnelles avec les gens de la communauté

Comme soignante, l'infirmière occupe une place de choix pour réussir à établir un contact privilégié avec les gens de la communauté.:

«Comme c'est une population traditionnelle, ils sont réticents à demander de l'aide au niveau psychologique, au niveau social, des problèmes de jeu, d'alcool, de la violence familiale. Ça, c'est des choses qui prennent du temps à sortir. Ils t'observent longtemps et le fait que c'est un tout petit milieu, c'est encore plus menaçant pour eux. Quand ils te connaissent, ils vont te raconter des choses. »

Les bonnes relations facilitent la pratique dans ces contextes.

Il est donc de première importance de se faire accepter et apprécier des gens de la communauté tant sur le plan professionnel que personnel : *«Tu n'as pas le choix car tu fais partie d'un tout petit monde!»* Les infirmières reconnaissent l'importance d'entretenir de bonnes relations avec les autochtones, les inuits ou les insulaires pour faciliter l'implication de la communauté dans divers projets. À titre d'exemple, c'est très souvent avec l'aide des gens de la communauté que l'infirmière assure les évacuations d'urgence. Une infirmière qui pratique sur une île raconte comment, lors d'un suivi de soins palliatifs à domicile, elle a réussi à obtenir toute la collaboration des gens de la communauté:

«J'ai réussi à monter un système de garde avec des personnes qui n'étaient pas forcément des parents du malade et tous se relayaient. Il y a eu une bonne coopération avec le médecin et la pharmacie. J'avais aussi donné de l'enseignement pour les injections de morphine. Le support de tout le monde, ça a été quelque chose de vraiment spécial.»

Les infirmières recherchent ces occasions de faire participer les gens du milieu. Elles croient fortement que la fierté d'une communauté est sans contredit réhaussée par la participation des gens à un projet de soin.

De bonnes relations engendrent un fort sentiment d'entraide et de complicité dans la vie de tous les jours facilitant l'intégration personnelle et professionnelle. Un infirmier raconte comment il est devenu indispensable pour les gens de sa communauté:

«Eux autres, ils sont contents que je sois là. Le dispensaire, c'est un peu la dernière institution qui reste à part l'Église. S'il ferme, c'est l'île au complet qui ferme. Même si je suis en congé, je reste ici alors ils viennent me voir pareil. Je fais des visites à domicile le soir, ce n'est pas comptabilisé nulle part. C'est comme si j'allais visiter mon père ou ma mère, je ne chargerais pas ».

Les éléments contraignant la pratique

En référant à leur expérience quotidienne, les infirmières ont identifié et décrit des éléments qui contraignent leur pratique. Parmi ces obstacles, elles ont mentionné le manque de ressources, le roulement du personnel, le manque de formation, le manque de soutien des gestionnaires, le manque d'anonymat, le paradoxe ami/étrangère.

Le manque de ressources

Pratiquer en régions éloignées et/ou isolées signifie aussi l'obligation d'assurer des soins et des services de première ligne de qualité avec les moyens disponibles dans un contexte jugé isolé et très souvent défavorisé : *«Ici, c'est comme si on était dans la brousse!»* Une infirmière explique comment elle doit répondre seule à toutes sortes de situations stressantes et parfois exceptionnelles.

« Aller chercher des blessés dans la toundra en hélicoptère...décrocher quelqu'un qui s'est pendu dans la cour d'école...porter secours à une femme victime de violence qui sonne à ta porte....accoucher une jeune femme qui n'a pas déclarée sa grossesse. » « Quand une infirmière travaille dans un dispensaire, elle doit s'attendre d'assurer différents services de santé: ambulance, morgue, salon funéraire, conselling »

Dans l'ensemble, les infirmières déplorent d'abord la pénurie de professionnels de la santé, entre autres de médecins, de travailleurs sociaux et de psychologues. Dans un dispensaire, l'infirmière travaille le plus souvent seule, entraînant de longues heures de travail consécutives. En plus, des heures travaillées le jour, elle assure des services de garde à partir de 17 heures jusqu'à 9 heures le lendemain matin, tous les jours de la semaine et 24 heures par jour ainsi que les fins de semaine. Elle est aussi appelée à faire parfois des visites à domicile, à l'école et se rendent sur les lieux d'accidents. Elles se plaignent d'une surcharge de travail :

«Maintenant, on est en grief pour surplus de tâches parce que pendant plusieurs mois on a, à chaque fin de journée de travail, écrit ce qu'on avait fait. C'est pour leur dire qu'on en peut plus puis c'était pas écrit souvent qu'on prenait une pause.»

C'est donc un milieu de pratique où les infirmières peuvent s'épuiser, les journées ne sont jamais terminées: *«Moi, je trouve que c'est un emploi où tu peux t'investir énormément.»* Étant donné que le personnel est restreint, il n'est pas possible pour l'infirmière de s'absenter du dispensaire pour aller se reposer chez elle après une nuit mouvementée où elle a dû intervenir en cas d'urgence.

«On travaille continuellement comme si on était les services essentiels, 365 jours par année. On travaille très dur physiquement. Tu vois, la dernière fois que je suis remontée travailler, on a été obligé de faire venir l'avion du gouvernement trois fois dans une semaine. Ça veut dire qu'on arrête pas presque jour et nuit.»

Il semble que certaines infirmières, surtout les plus jeunes, ne réalisent pas avant leur embauche à quel point ce travail est exigeant sur le plan physique et psychologique.

«Oui, il y a beaucoup d'épuisements professionnels et souvent chez les plus jeunes. On dirait qu'elles ne réalisent pas que c'est un milieu qui est difficile. Il faut être alerte aussi parce que tu ne peux pas faire d'erreur.»

Les infirmières des îles déplorent en plus le manque de ressources matérielles:

«Quand on a un accident de moto, on téléphone au médecin de garde à l'urgence à l'hôpital de l'autre côté de la rive, mais

les médecins ne sont pas sensibilisés du tout à ce qui se passe ici, ni le personnel infirmier. Ils ne savent pas dans quelles conditions on travaille ici. Ils pensent qu'on est très bien équipé, qu'on a tout ce qu'il faut ».

Le manque de ressources matérielles de certaines régions éloignées et isolées forcent les infirmières parfois à utiliser ce qui est disponible sur place. N'ayant pas accès à une ambulance, comme dans les centres urbains, elles utilisent des moyens de transport dont se servent les gens du milieu :

«Bon, les premières fois que tu pars avec un patient sur un buggy en arrière d'un quatre roues, c'est pas évident. Tu sais, quand tu restes en ville, tu ne peux pas t'imaginer faire des choses comme ça.»

Le manque de formation

Les infirmières estiment que ce rôle élargi en dispensaire s'avèrent très exigeant sur le plan professionnel, étant donné leur manque de préparation et de formation. En partageant les défis à relever et les situations de stress à affronter, elles soulèvent des lacunes. *«Un moment donné, je me suis dit : ~il faut avoir du front tout le tour de la tête avec mon petit cours que j'avais e».* Une autre ajoute : *«C'est stressant, il faut que tu combines beaucoup de qualifications pour lesquelles tu n'es pas nécessairement formée.»*

Selon les participantes à l'étude, la majorité des infirmières qui exerce en régions éloignées et isolées détiennent une formation de niveau collégial. Les exigences qu'imposent ces contextes de pratique fort complexes et diversifiés font appel à une formation de niveau supérieur. Les infirmières sont conscientes de leurs limites et pour pallier à cette lacune, elles demandent des formations sur mesure.

Les infirmières déplorent le manque de connaissance sur les approches interculturelles en santé tant au niveau de leur formation de base qu'au niveau de la formation continue. *« Les formations préparatoires n'accordent pas assez d'importance au respect des façons de faire, de penser et d'agir des gens de la communauté dans laquelle on doit s'intégrer ».* À titre d'exemple, comme la chasse et la pêche font partie des coutumes, les Inuits mangent encore le phoque et la baleine crus. Les gens des petites communautés

anglophones de la Basse-Côte-Nord mangent encore des œufs des mouettes et toutes sortes d'oiseaux qu'ils chassent. Les infirmières investissent beaucoup d'énergie à conscientiser les gens au danger de contamination. Elles vivent très souvent des frustrations face au peu de succès de leurs efforts. Même avec la plus grande volonté, le développement de leur compétence culturelle s'acquiert sur place et sans accompagnement, « *non sans une certaine souffrance personnelle et souvent aux dépens de la population* » .

Le roulement du personnel

Les infirmières en régions éloignées soulignent que le personnel infirmier change continuellement, ce qui rend difficile, entre autres, l'implantation des programmes de promotion de la santé et de prévention dans la communauté. On observe le plus souvent que l'infirmière qui arrive en poste ne construit pas sur les programmes existants, la continuité est donc difficile à maintenir dans ces programmes. On comprend que la population hésite à collaborer dans un tel contexte.

Aujourd'hui, les médecins qui acceptent de pratiquer dans le Grand Nord, ne restent pas aussi longtemps qu'autrefois: « *Ne faisant que du dépannage, ils sont de plus en plus de passage.* » En conséquence, « *Ce sont maintenant des médecins plus jeunes qui arrivent des grands hôpitaux du Sud, sans compétence interculturelle et souvent clinique* » soutiennent les infirmières. Elles disent assister parfois à des situations dramatiques où le patient, va mourir dans un hôpital au Sud, loin de sa famille et de sa communauté:

« Ici, chez les Inuits, si la personne meurt, on a essayé de faire son possible. Ils voient la maladie et la mort comme quelque chose de naturel, mais il y a des médecins qui arrivent ici avec leur façon de faire des grands hôpitaux et qui font de l'acharnement thérapeutique ».

Elles jugent que l'approche thérapeutique de ces derniers est parfois inappropriée face à des gens d'une autre culture qui ont des croyances et des comportements de santé

découlant d'une conception de la vie et de la santé très différente de la conception scientifique de ces professionnels.

Le manque de soutien des gestionnaires

Certaines infirmières disent se sentir abandonnées, c'est-à-dire sans soutien des instances administratives : *«C'est sûr qu'il faut qu'on soit autonome, mais des fois, c'est sûr que c'est dur de se sentir toute seule quand on a des problèmes.»* Par exemple, certaines d'entre elles croient que la coordonnatrice des dispensaires ne devrait pas demeurer stationnaire à son bureau situé habituellement dans un centre hospitalier. Elle devrait plutôt se déplacer régulièrement dans les villages pour mieux connaître les besoins des infirmières.

Certaines infirmières déclarent, pour leur part, avoir vécu des situations de violence dans le Grand Nord, où elles se sont senties isolées et abandonnées. Elles avouent avoir eu terriblement peur dans certaines circonstances et estiment avoir manqué de sécurité et de protection. Elles déplorent ne pas avoir reçu, dans ces situations particulièrement stressantes, le soutien nécessaire de la part de leur employeur:

«On se sent tellement loin et isolée, quand arrive un cas de violence. Moi, j'ai vécu des choses traumatisantes quand il y a eu le saccage en 1991. J'ai failli me faire tuer, il y avait du sang partout, les balles me passaient de chaque bord de la tête puis j'ai trouvé très dur de ne pas avoir d'aide par la suite.... personne nous a contacté pour nous offrir leur soutien moral.»

Le paradoxe « Amie/étrangère »

D'une part, à cause du manque d'anonymat, les infirmières déclarent qu'il est important d'adopter un code de conduite exemplaire, si elles veulent être crédibles dans leur pratique professionnelle auprès des gens de la communauté : *«Dans un petit milieu, tout le monde te regarde, tout le monde sait ce que tu fais. On surveille beaucoup ce que tu fais.»* Elle devient un modèle qui doit donner l'exemple au niveau des principes de santé qu'elle enseigne : *«Quelqu'un qui va leur dire d'arrêter de boire et qui se tient au bar, ça*

n'a pas de poids.» Pour certaines, il est souhaitable d'organiser sa vie sociale à l'écart des gens de la communauté et respecter ainsi un code d'éthique qui impose une distance avec les gens qui sont ou seront des patients éventuels :

«Il faut que tu te mêles à la population, mais sans devenir trop intime non plus parce qu'un moment donné ce qui arrive c'est que si tu es trop intime ça crée l'impression que c'est des amis qui viennent te voir donc au point de vue jugement clinique, c'est pas évident.»

D'autre part, les infirmières déplorent le fait que les gens des communautés autochtones les considèrent toujours comme une nouvelle arrivée ou encore comme une étrangère : *«Dans le fond on est considéré comme des gens de l'extérieur, des outsiders comme ils disent.»*

La nécessité de s'approcher des gens pour créer une relation de confiance et de solidarité tout en gardant une certaine distance professionnelle semble constituer un paradoxe existentiel difficile et contraignant la pratique infirmière en régions éloignées et isolées du Québec.

En tenant compte de la complexité de leur rôle, des éléments facilitant et contraignant leur pratique, les informatrices résumant ainsi les besoins les plus criants; rehausser le niveau de formation des infirmières, organiser des programmes de formation continue, assurer une bonne orientation aux nouvelles infirmières, former des infirmières autochtones et inuit sur place, compter sur un meilleur soutien des gestionnaires, améliorer les conditions de logement, accorder des primes plus équitables par rapport aux médecins, uniformiser les primes pour toutes les régions éloignées et isolées, accorder les mêmes primes de sortie aux familles qu'aux célibataires, accorder la formule du temps partagé en régions isolées comme dans le Grand Nord.

CONCLUSION

L'analyse descriptive du contenu des entretiens nous a permis de dégager le sens que prend la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées. Il s'agit essentiellement d'une aventure et d'un défi, tant sur le plan personnel que professionnel.

D'abord, sur le plan personnel, l'infirmière vit une période de dépaysement total, où elle prend conscience que les conditions de vie et de travail diffèrent grandement de celles qu'elle a connues dans les grands centres urbains. Ensuite, elle doit accepter de vivre et travailler dans un nouvel environnement physique, climatique et socioculturel en s'y adaptant progressivement. Voici les principales caractéristiques de ces milieux de pratique : éloignement, isolement, végétation semi-désertique, climat rigoureux, mode et rythme de vie différent, une autre culture comportant des croyances, des coutumes et des comportements propres aux autochtones, aux inuits ou aux insulaires. Pour pratiquer dans de tels contextes, l'infirmière doit posséder des dispositions personnelles, suivantes : aventurière, amoureuse de la nature, autonome, débrouillarde, affirmative, capable de travailler en équipe, combative et quelque peu missionnaire.

Un autre défi pour l'infirmière qui pratique en régions éloignées et /ou isolées, consiste à s'ouvrir à une autre culture et se faire accepter des gens de la communauté même si ceux-ci la considèrent généralement comme une étrangère. Elle doit alors intégrer le système de santé formel à l'intérieur du système informel pour elles, système présent dans toutes petites communautés. Elle doit ajuster la pratique aux contextes culturels et tenter de répondre aux besoins spécifiques de la population, ce qui diffère grandement de la pratique dans les grands centres urbains du Sud. Elle doit créer des programmes de promotion et de prévention sensibles à la vision du monde des autochtones, des inuits ou des insulaires. Elle vit un paradoxe important; la volonté de créer de bonnes relations avec les gens, tout en gardant une certaine distance lui permettant d'intervenir de façon éthique sur le plan professionnel.

De plus, elle doit assurer des soins et des services de première ligne, de qualité, avec les moyens disponibles dans des contextes particuliers et défavorisés. Pratiquer dans des petites communautés, dispersées sur de vastes territoires nordiques ou confinées sur de petites îles, comporte plusieurs contraintes : la distance et/ou l'isolement, le manque d'équipement spécialisé, la pénurie de personnel médical et infirmier, les longues heures de travail consécutives à cause du service de garde de soir, de nuit et des fins de semaine, la lourdeur des responsabilités, le stress liée aux situations exceptionnelles ou d'urgence, le manque de soutien des gestionnaires ainsi que du personnel médical à l'occasion et le manque de formation et d'expérience requises.

Pratiquer dans de tels contextes, oblige l'infirmière à faire preuve d'une grande capacité d'apprentissage. Elle doit développer non seulement des compétences médicales, mais aussi relationnelles et interculturelles. Son rôle se caractérise par le fait qu'il est diversifié, c'est-à-dire comportant des fonctions multiples. Il s'agit d'un rôle «élargi», en agissant comme médecin, ambulancier, psychologue, travailleurs social, etc. Le poids de toutes ces responsabilités est difficile à supporter sans avoir préalablement accès à une formation et à des expérience solides.

Pour améliorer la qualité de la pratique infirmière en régions éloignées et/ou isolées, il semble important d'offrir aux infirmières de la formation continue ainsi qu'une formation solide de pratique avancée en première ligne. Par ailleurs, lors du recrutement, il serait opportun de tenir compte des dispositions personnelles et des qualifications professionnelles qui facilitent la pratique dans de tels contextes.

Références

Denzin, N.& Lincoln, Y. (1994). *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage .

Geert, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York : Basic Books.