



Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II

Faits saillants de l'enquête - Nouveau-Brunswick

Chercheuses principales

Martha MacLeod
Université de Northern British Columbia

Judith Kulig
Université de Lethbridge

Norma Stewart
Université de la Saskatchewan

Co-chercheurs

Ruth Martin-Misener
Université Dalhousie, N-É

Kelley Kilpatrick
Université de Montréal, QC

Irene Koren
Université Laurentienne, ON

Mary Ellen Andrews
U. Saskatchewan, SK

Chandima Karunanayake
U. Saskatchewan, SK

Julie Kosteniuk
U. Saskatchewan, SK

Kelly Penz
U. Saskatchewan, SK

Pertice Moffitt
Collège Aurora, TN-O

Davina Banner
UNBC, C-B

Neil Hanlon
UNBC, C-B

Linda Van Pelt
UNBC, C-B

Erin Wilson,
UNBC, C-B

Lela Zimmer
UNBC, C-B

Principale utilisatrice de connaissances :

Penny Anguish
Northern Health (C-B)

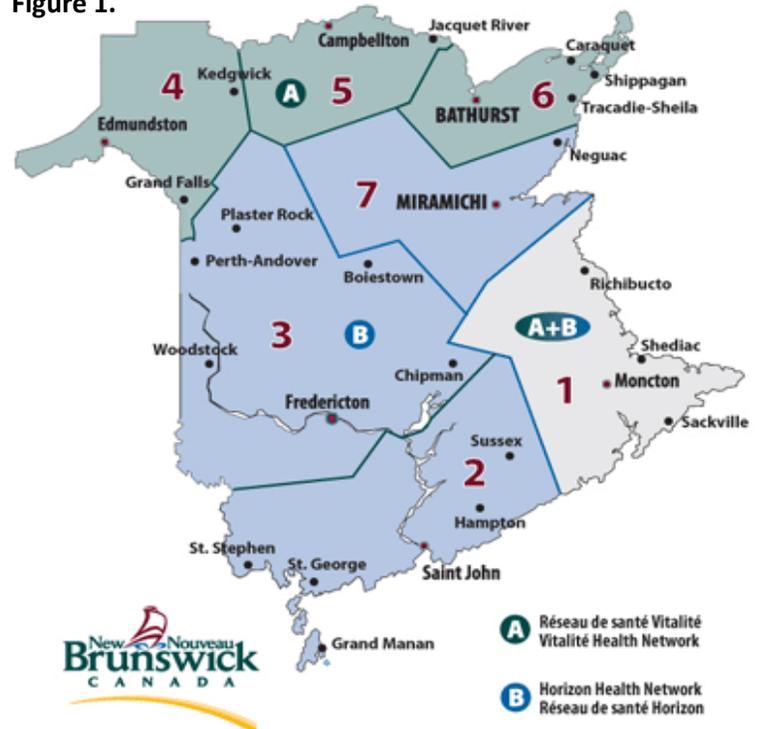
L'étude multiméthodes *Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II (RRNII)* a été menée dans le but de recueillir de l'information sur la vie professionnelle et l'expérience en pratique des infirmières autorisées (IA), des infirmières praticiennes (IP), des infirmières auxiliaires autorisées (IAA) et des infirmières psychiatriques autorisées (IPA) qui travaillent dans les collectivités rurales et éloignées de toutes les provinces et de tous les territoires du Canada. Elle a pour but d'éclairer la prise de décisions politiques et pratiques sur la capacité des services infirmiers (personnel et activités) et l'accessibilité des soins dans les régions rurales et éloignées du Canada (<http://www.unbc.ca/rural-nursing>).

Cette enquête reprend en partie et élargit considérablement une étude transversale menée à l'échelle nationale en 2001-2004 auprès des IA et des IP travaillant en région rurale/éloignée, ayant pour titre *The Nature of Nursing Practice in Rural and Remote Canada (RRNI)* (MacLeod, Kulig, Stewart, Pitblado et Knock, 2004). La présente enquête *RRNII* met plus d'emphasis sur les soins de santé primaires et porte sur l'ensemble des infirmières réglementées, c.-à-d. les IP, les IA et les IAA – qui exercent dans tous les territoires et provinces – et les IPA, qui exercent dans les quatre provinces de l'Ouest et dans les territoires. Ce rapport de faits saillants présente les résultats initiaux de l'enquête nationale sur la nature de la pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Nouveau-Brunswick (NB rural), notamment en ce qui a trait à l'expérience des infirmières quant à l'accessibilité et à la qualité des soins de santé primaires offerts dans leur lieu de travail.

Un sondage a été distribué par la poste, principalement par l'intermédiaire des associations et organismes de réglementation des infirmières et infirmiers de chaque province et territoire entre avril 2014 et septembre 2015. Le questionnaire a été envoyé à un échantillon cible d'infirmières et d'infirmiers habitant en région rurale (noyau de population de moins de 10 000 habitants) dans chaque province canadienne, et à tous ceux et celles travaillant au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon.

Nous avons reçu au total 3822 questionnaires remplis, par la poste ou en ligne (IA = 2082; IP = 163; IAA = 1370; IPA = 207), en provenance de toutes les

Figure 1.

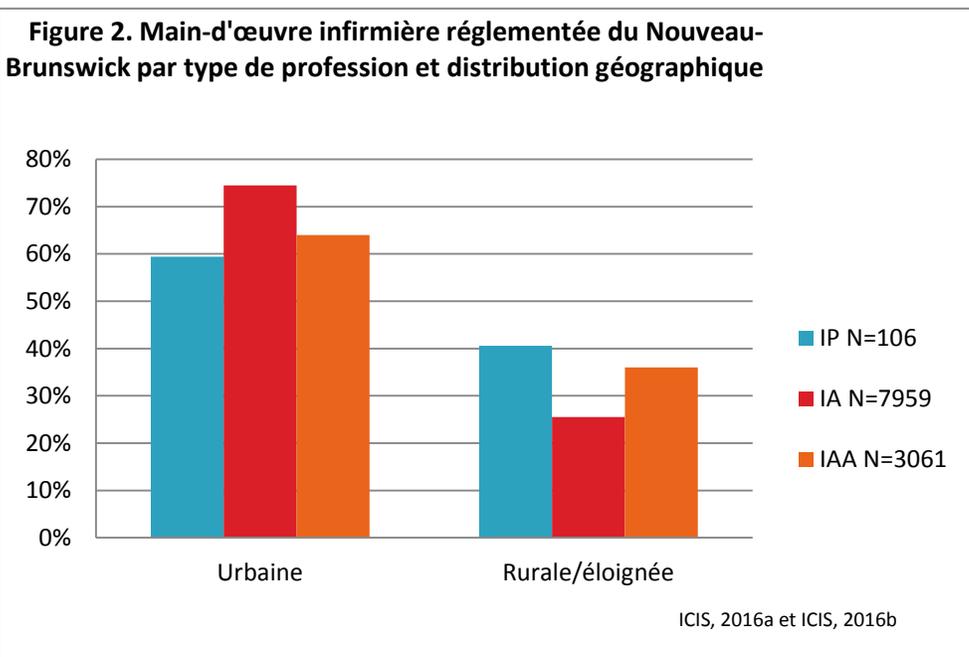


régions du Canada. Le taux de réponse national a été de 40 % (marge d'erreur de 1,5 %). **Pour le Nouveau-Brunswick, 268 infirmières ont répondu, au total, soit 142 IA, 17 IP et 109 IAA.** L'échantillon admissible au Nouveau-Brunswick était constitué de 675 personnes, et le taux de réponse a été de 40 % (n = 268; marge d'erreur de 5,6 %).

Nous pouvons affirmer ce qui suit : avec une confiance de 90 %, l'échantillon des IA, IP et IAA travaillant en milieu rural au Nouveau-Brunswick est représentatif de l'ensemble des infirmières du NB rural; et, avec une confiance de moins de 85 %, les échantillons distincts des IA, des IP et des IAA travaillant en milieu rural au Nouveau-Brunswick sont représentatifs. Dans ce rapport de faits saillants, nous comparons trois ensembles de données : données sur les infirmières du NB rural provenant de l'enquête *RRNII*, données sur les infirmières du Canada rural provenant de l'enquête *RRNII*, et données relatives à l'ensemble des infirmières du Nouveau-Brunswick provenant de l'analyse de la base de données sur la main-d'œuvre infirmière réglementée de 2015 de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS, 2016a). Les données de l'ICIS aident à situer les résultats de l'enquête *RRNII* dans le contexte général de la main-d'œuvre infirmière du Nouveau-Brunswick.

Qui sont les infirmières travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick?

La population du Nouveau-Brunswick s'élève à plus de 756 000 habitants (Statistique Canada, 2016); 38 % d'entre eux habitent dans des régions rurales et éloignées (ICIS, 2016a). En 2015, 28 % des infirmières réglementées de la province travaillaient en milieu rural (ICIS, 2016a). La distribution géographique des infirmières du Nouveau-Brunswick est illustrée à la **Figure 2**.



La vaste majorité des infirmières du Nouveau-Brunswick travaillant en région rurale ayant répondu au sondage *RRNII* (83 %) ont indiqué avoir grandi dans une collectivité dont la population comptait moins de 10 000 habitants. Cinquante pour cent (50 %) de celles qui travaillent actuellement au sein d'une collectivité rurale ont indiqué qu'elles habitaient dans leur collectivité d'emploi primaire. Les infirmières du NB rural habitant à l'extérieur de leur collectivité d'emploi primaire ont indiqué qu'elles se déplaçaient chaque jour (65 %) ou chaque semaine (30 %)

pour se rendre au travail, et qu'elles consacraient généralement entre 1 et 6 heures par semaine à ces déplacements (88 %). La vaste majorité des infirmières du NB rural étaient mariées ou vivaient en union de fait (80 %), et 44 % d'entre elles avaient des enfants à charge.

Âge et sexe

Selon les résultats de l'enquête *RRNII*, seulement 18 % des infirmières du NB rural avaient moins de 35 ans, et 30 % avaient plus de 55 ans. Ces pourcentages concordent avec ceux qu'on observe chez les infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (19 % et 32 %) mais diffèrent de ceux obtenus pour l'ensemble des infirmières du Nouveau-Brunswick (25 % et 22 %) (ICIS, 2016a). Il existe une différence manifeste de la distribution selon l'âge entre les

différents types de profession infirmière; par exemple, on ne compte pas d'IP de moins de 35 ans dans le NB rural, tandis que 22 % des IAA du NB rural sont âgées de moins de 35 ans. Le **Tableau 1** montre la distribution selon l'âge des IA et des IAA travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick et au Canada.

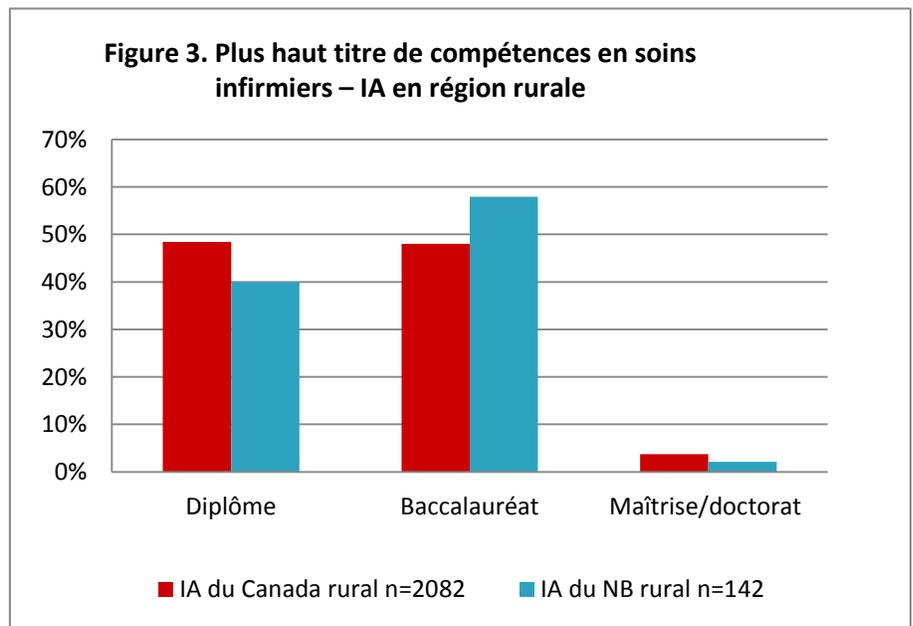
Tableau 1. Distribution selon l'âge des IA et des IAA travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick et au Canada

		< 25 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	≥ 65 ans %
IA, NB rural	(n = 142)	0,7	16,4	17,9	34,3	25,0	5,7
IA, Canada rural	(n = 2082)	1,1	17,8	19,1	27,2	29,6	5,3
IAA, NB rural	(n = 109)	4,9	16,7	22,5	27,5	27,5	1,0
IAA, Canada rural	(n = 1370)	3,7	17,8	20,4	30,3	25,4	2,4

D'après l'enquête *RRNII*, la proportion d'infirmiers de sexe masculin (IA, IP et IAA réunis) travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick (8,4 %) était supérieure à celle travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (6,4 %). Bien qu'on ne compte aucun IP de sexe masculin en région rurale au Nouveau-Brunswick, on observe une proportion relativement élevée d'IAA de sexe masculin (11 %).

Éducation

Selon l'enquête *RRNII*, le niveau d'éducation en sciences infirmières des infirmières travaillant en milieu rural au Nouveau-Brunswick était semblable à celui des infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Chez les infirmières du NB rural, le plus haut et le plus fréquent titre de compétences en soins infirmiers obtenu était un diplôme en soins infirmiers (64 %), suivi d'un baccalauréat en sciences infirmières (30 %). Chez les infirmières travaillant en milieu rural dans l'ensemble du Canada, le diplôme en soins infirmiers était le plus fréquent titre de compétences obtenu (68 %), suivi du baccalauréat en sciences infirmières (28 %).



La grande majorité des IP du NB rural étaient titulaires d'une maîtrise en sciences infirmières (88 %), tandis que 56 % des IA avaient un baccalauréat en sciences infirmières, et que 100 % des IAA avaient un diplôme en soins infirmiers comme plus haut titre de compétences en soins infirmiers. Les plus hauts titres de compétences en soins infirmiers des IA travaillant en milieu rural, au Nouveau-Brunswick et au Canada, sont représentés à la **Figure 3**.

Où travaillent les infirmières en région rurale au Nouveau-Brunswick?

La vaste majorité des infirmières du NB rural ayant répondu au sondage *RRNII* travaillaient dans le domaine des soins infirmiers (93 %); les autres (6,8 %) étaient en congé autorisé (4,4 %) ou à la retraite et travaillaient occasionnellement en soins infirmiers à titre d'employées occasionnelles ou en vertu d'un contrat de courte durée (2,6 %). La population de la collectivité d'emploi primaire des infirmières du NB rural est décrite au **Tableau 2**. La grande majorité des infirmières travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick ont indiqué que leur collectivité d'emploi primaire comptait moins de 10 000 habitants (78 %), comparativement à 69 % des infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Lorsqu'on examine les trois types de profession infirmière, 12 % des IA, 12 % des IP et 22 % des IAA du NB rural travaillaient au sein d'une collectivité comptant moins de 1000 habitants, ce qui se compare aux proportions observées pour l'ensemble du Canada (IA : 15 %; IP : 17 %; IAA : 12 %).

Tableau 2. Population de la collectivité d'emploi primaire, infirmières du NB rural

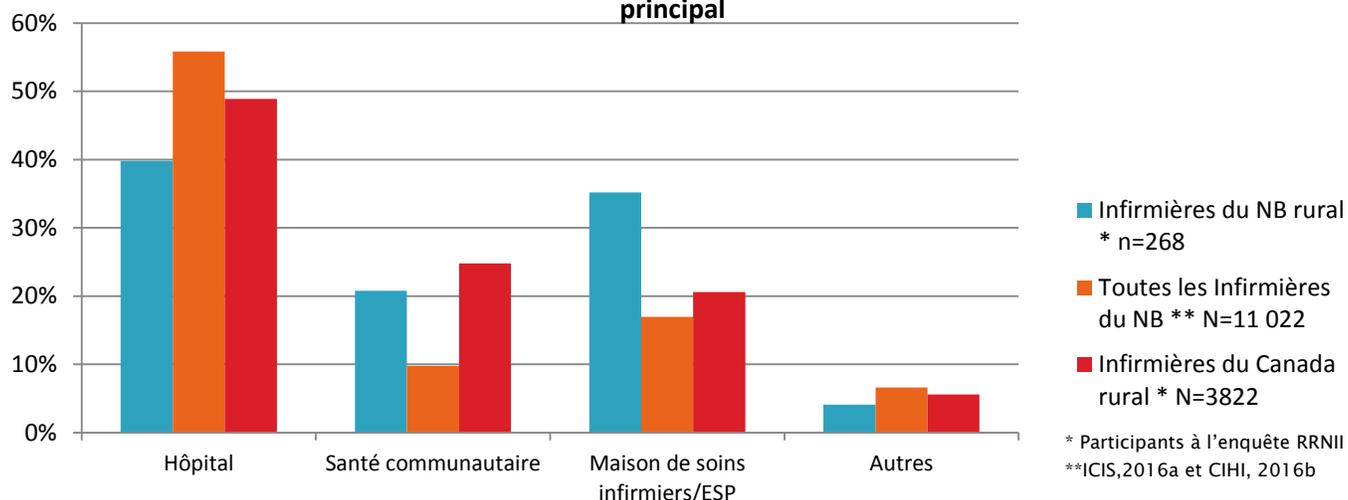
Population	% (n = 268)
≤ 999	15,9
1000 - 2499	21,3
2500 - 4999	21,3
5000 - 9999	19,0
10 000 – 29 999	15,1
≥ 30 000	7,4

Statut d'emploi en soins infirmiers

Les infirmières du NB rural étaient plus susceptibles d'être employées permanentes à temps plein (59 %) qu'employées permanentes à temps partiel (29 %). À titre de comparaison, 54 % des infirmières travaillant en région rurale au Canada avaient un statut d'emploi permanent à temps plein. Une petite minorité d'infirmières du NB rural (11 %) travaillaient à titre d'employées occasionnelles, ce qui représente une proportion moins élevée qu'en région rurale dans l'ensemble du Canada (16 %). Dans la majorité des cas, les infirmières exerçant en région rurale au Nouveau-Brunswick travaillaient au chevet des patients (81 %), et 9,4 % assumaient des fonctions de gestionnaire. Comparativement aux infirmières travaillant en milieu rural dans l'ensemble du Canada, les IA du NB rural étaient plus nombreuses à exercer à titre de gestionnaires (15 % contre 12 %).

On peut voir à la **Figure 4** le lieu de travail principal des infirmières travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick, dans l'ensemble du Nouveau-Brunswick et dans l'ensemble du Canada. On constate que les infirmières du NB rural sont moins nombreuses à travailler en milieu hospitalier (40 %) que les infirmières du Canada rural (49 %). Une plus grande proportion des IA du NB rural travaillaient dans des maisons de soins infirmiers/établissements de soins prolongés (24 % comparativement à 11 % des IA du Canada rural). On observe une tendance similaire dans les résultats obtenus pour les IAA du NB rural (56 %) comparativement aux IAA du Canada rural (37 %). Les IAA du NB rural étaient moins nombreuses à travailler en milieu hospitalier que les IAA du Canada rural (35 % contre 50 %).

Figure 4. Main-d'œuvre infirmière du Nouveau-Brunswick et du Canada, lieu de travail principal



Remarques :

Sont compris dans la catégorie **Hôpital** les centres de santé mentale, les centres de réadaptation ou de convalescence et les centres de soins intégrés.

Sont compris dans la catégorie **Santé communautaire** les centres de santé communautaire, les agences de soins à domicile, les postes de soins infirmiers (poste isolé ou clinique de soins infirmiers), les cliniques dirigées par une IP, les cliniques de soins primaires multidisciplinaires, les services/bureaux de santé publique et les cabinets de médecin/services ou équipes de médecine familiale.

Sont compris dans la catégorie **Maison de soins infirmiers/ESP** les maisons de soins infirmiers et les établissements de soins prolongés.

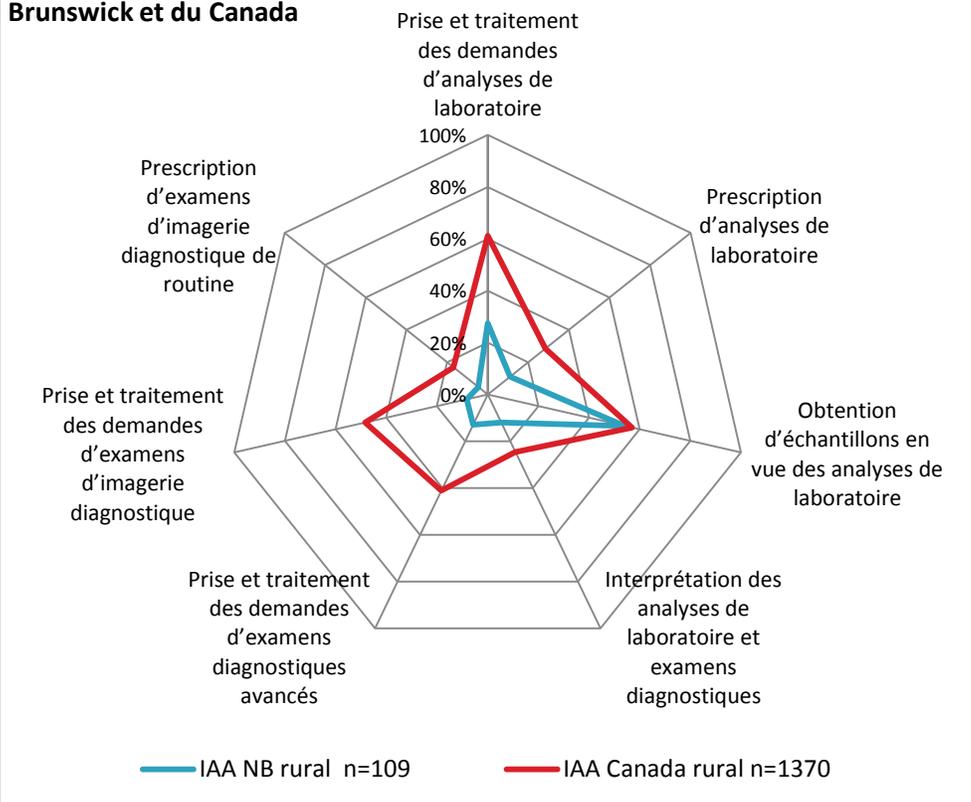
Sont compris dans la catégorie **Autres** les lieux de travail tels que : association professionnelle/gouvernement, santé au travail, entreprise privée de soins infirmiers/travail autonome, établissement d'enseignement et autres.

Quelle est l'étendue de la pratique infirmière en région rurale au Nouveau-Brunswick?

Un trait caractéristique de la pratique infirmière en région rurale est sa large étendue, qui est étroitement liée au contexte rural de chaque collectivité et à l'accès limité aux ressources en santé. Dans le but d'éclaircir ce phénomène et de cerner les points communs, neuf grandes catégories de pratique, chacune comportant plusieurs tâches, ont été présentées aux personnes invitées à répondre au sondage. On a demandé à celles-ci de cocher toutes les tâches dont elles étaient responsables. Il est à noter que les réponses correspondent à ce que les infirmières perçoivent comme étant leur responsabilité plutôt qu'aux tâches faisant ou non partie de leur champ de pratique du point de vue légal. Des tableaux détaillés sont présentés à l'**Annexe A**.

La grande majorité des IP (94 %) et des IA (82 %), et la majorité des IAA (69 %) travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick ont indiqué qu'elles effectuaient des tâches se situant à l'intérieur du cadre de leur pratique autorisée, tandis que ces pourcentages s'établissaient à 83 %, 84 % et 77 %, respectivement, chez les IP, IA et IAA travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Une plus grande proportion des IAA du NB rural ont indiqué accomplir des tâches se situant en deçà de leur cadre de pratique autorisée (27 %), comparativement à 18 % des IAA du Canada rural.

Figure 5. Diagnostic : IAA des régions rurales du Nouveau-Brunswick et du Canada

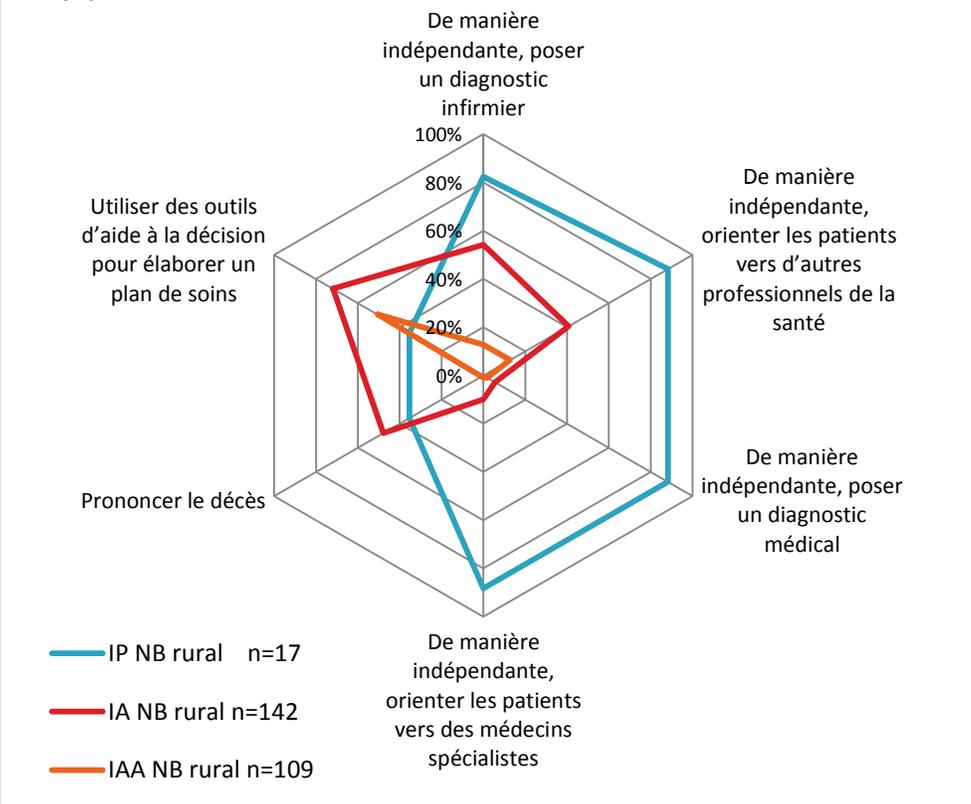


Au chapitre de la *Promotion de la santé, prévention et santé de la population*, la grande majorité des IP (88%) et la majorité des IA (66 %) et des IAA (74 %) travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick ont indiqué être responsables de la prise en charge de maladies chroniques. De plus, les programmes de modifications des habitudes de vie étaient sous la responsabilité des IP (77 %), des IA (56 %) et des IAA (48 %). Enfin, une majorité d'IAA (58 %) et une minorité d'IP (29 %) et d'IA (47 %) étaient responsables de la prévention de la maladie et des blessures.

Pour ce qui est des activités d'*Évaluation*, les infirmières du NB rural ont indiqué qu'elles avaient la responsabilité de mener diverses évaluations de la santé et du bien-être. Par exemple, la grande majorité des IP (82 %) et des IAA (80 %) ont indiqué qu'elles effectuaient des évaluations de la santé des personnes âgées, une tâche également accomplie par 70 % des IA. Par ailleurs, la grande majorité des IP (88 %) et la majorité des IA (60 %) et des IAA (62 %) avaient la responsabilité de faire une anamnèse et un examen physique complet.

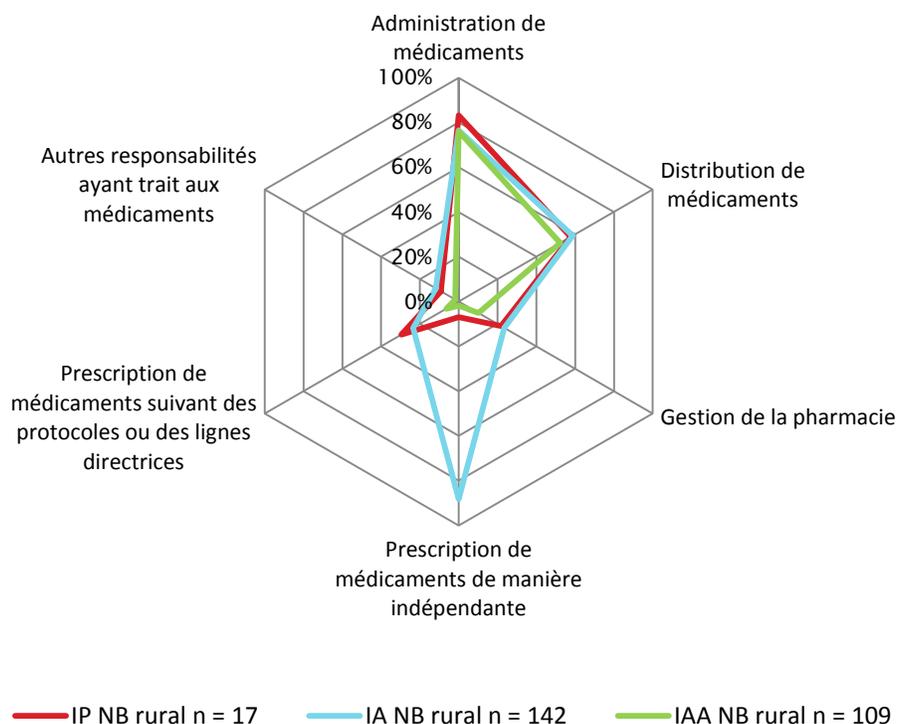
Dans la catégorie *Diagnostic*, qui comprenait les *Analyses de laboratoire*, les *Épreuves diagnostiques* et les *Épreuves d'imagerie diagnostique*, la majorité des IA du NB rural (64 %) ont indiqué être responsables de prendre et de traiter les demandes

Figure 6. Diagnostic et aiguillage des patients : IP, IA et IAA du NB rural



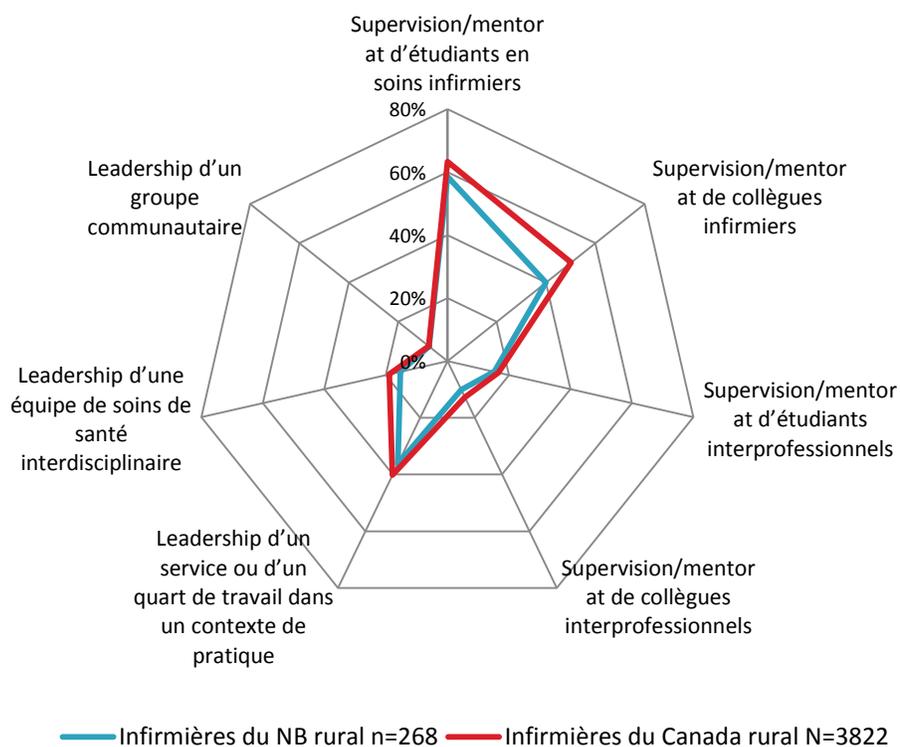
d'analyses de laboratoire, tâche également accomplie par une minorité d'IP du NB rural (35 %). Ces résultats sont similaires à ceux obtenus pour les IA et les IP travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (65 % et 27 %).

Figure 7. Gestion thérapeutique : IP, IA et IAA du NB rural



Ils diffèrent toutefois pour ce qui est des IAA, qui sont une minorité à prendre et à traiter les demandes d'analyse de laboratoire en région rurale au Nouveau-Brunswick (28 %), comparativement à 61 % des IAA du Canada rural. Une grande majorité des IP du NB rural (88 %) ont la responsabilité de prescrire des analyses de laboratoire (p. ex., hématologie, sérologie, culture d'urine et analyse de la sensibilité, ponction veineuse), ce qui est semblable à ce qu'on observe chez les IP travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (90 %). Une petite minorité des IAA du NB rural (11 %) ont la responsabilité de prescrire des analyses de laboratoire, ce qui représente une proportion moins élevée comparativement aux IAA travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (29 %). On ne sait pas si les ressources disponibles dans le contexte de pratique ou d'autres facteurs peuvent influencer ces réponses. La responsabilité d'interpréter les résultats d'analyses de laboratoire et d'épreuves diagnostiques incombait à une grande majorité des IP du NB rural (77 %), à une minorité d'IA (37 %) et à une petite minorité d'IAA (12 %). La **Figure 5** compare certaines des tâches liées au diagnostic assumées par les IAA du NB rural et les IAA du Canada rural.

Figure 8. Leadership : infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick et du Canada



Dans la catégorie *Diagnostic et aiguillage des patients*, une minorité d'IP (35 %) et une majorité d'IA (72 %) et d'IAA

(51 %) travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick ont rapporté suivre les protocoles ou utiliser des outils d'aide à

la décision dans l'exercice de leurs fonctions. De plus, une grande majorité des IP (82 %) ont indiqué qu'elles étaient appelées à poser de manière indépendante un diagnostic infirmier d'après les données d'évaluation (**Figure 6**).

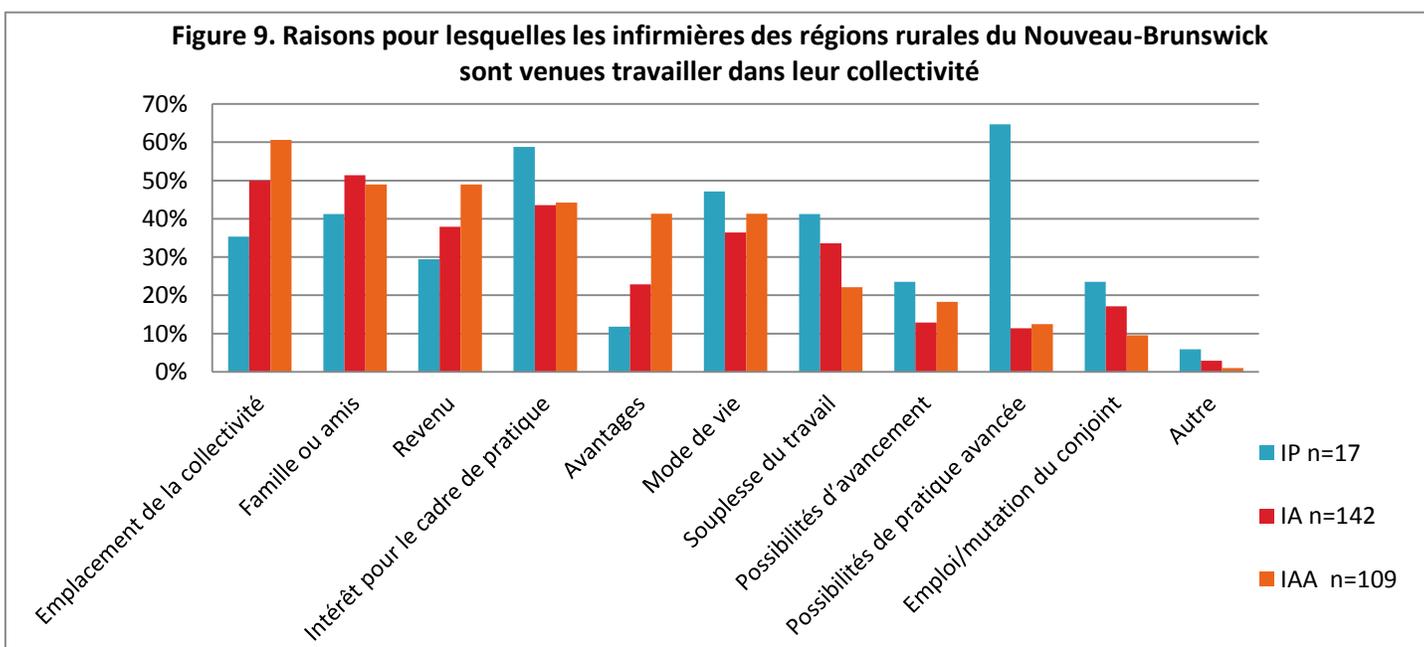
Dans la catégorie *Gestion thérapeutique*, la grande majorité des IA (83 %), des IP (77 %) et des IAA (76 %) du NB rural ont rapporté être responsables d'administrer des médicaments. Qui plus est, la majorité d'entre elles (IA : 58 %; IP : 59 %; IAA : 52 %) ont indiqué qu'elles étaient responsables de distribuer des médicaments. Enfin, la grande majorité des IP du NB rural (88 %) avaient pour responsabilité de prescrire des médicaments de manière indépendante (**Figure 7**).

Dans la catégorie *Soins et transport d'urgence*, près de la moitié des IP et des IA du NB rural ont indiqué qu'elles étaient responsables d'organiser le transport médical urgent ou imminent (47 % et 47 %). Seule une petite minorité des IP travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick (18 %) ont mentionné qu'elles étaient responsables d'offrir des soins durant le transport médical urgent, comparativement à 33 % des IP des régions rurales du Canada.

En ce qui a trait au *Leadership*, une majorité des infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick ont indiqué qu'elles supervisaient ou encadraient à titre de mentor des étudiants en soins infirmiers (59 %), et une minorité d'entre elles assumaient cette responsabilité auprès de collègues infirmiers (40 %). Un peu plus de la moitié (53 %) des IA du NB rural ont rapporté assumer la direction d'un service ou d'un quart de travail dans un contexte de pratique, comparativement à 47 % des IA exerçant en région rurale dans l'ensemble du Canada (**Figure 8**).

Quels sont les plans de carrière des infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick?

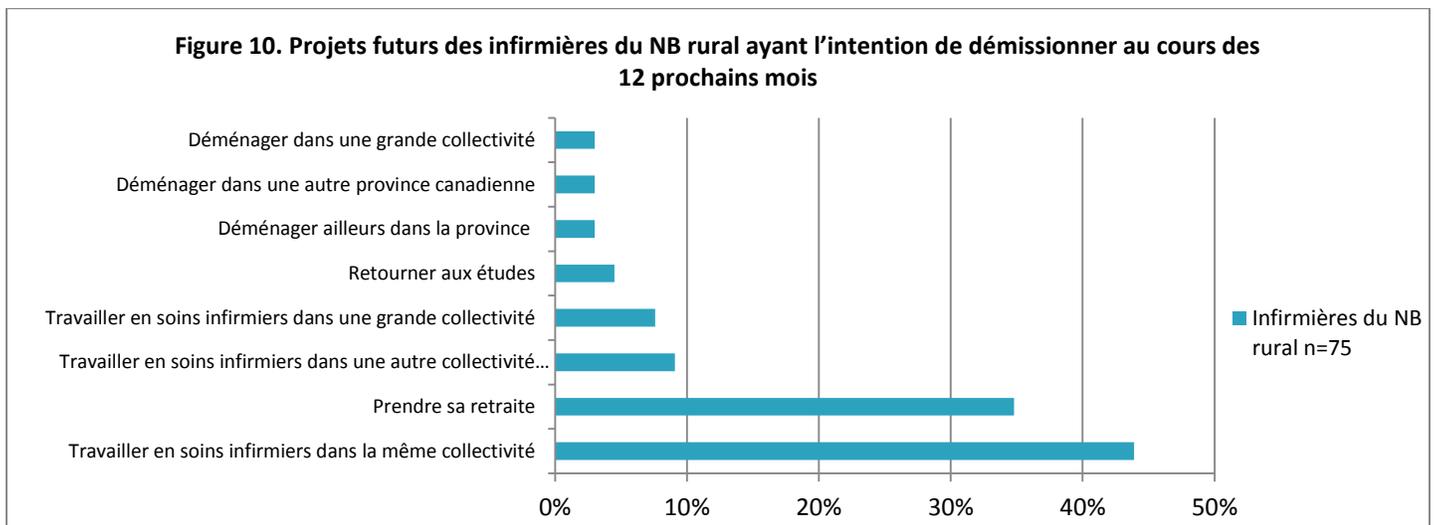
Le recrutement et la rétention de personnel infirmier en région rurale sont des défis constants (Kulig, Kilpatrick, Moffitt et Zimmer, 2015). Dans le cas des infirmières du NB rural, les raisons ayant le plus influencé leur décision de travailler dans leur collectivité d'emploi primaire étaient l'emplacement de la collectivité (53 %), la famille ou les amis (50 %), l'intérêt pour le cadre de pratique (45 %), le revenu (42 %) et le mode de vie (39 %). La **Figure 9** montre en détail la répartition des facteurs de recrutement en fonction du type de profession infirmière. Dans le cas des IP du NB rural, les principaux facteurs de recrutement étaient les possibilités de pratique avancée (65 %) et l'intérêt pour le cadre de pratique (59 %).



On a demandé aux infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick de nommer les raisons pour lesquelles elles continuent de travailler dans leur collectivité d'emploi primaire. Les facteurs de rétention le plus souvent évoqués étaient l'emplacement de la collectivité (56 %), la famille ou les amis (55 %), le revenu (50 %), l'intérêt pour le cadre de pratique (45 %) et le mode de vie (41 %). La souplesse du travail (34 %) et les avantages sociaux (33 %) étaient aussi des facteurs de rétention. La grande majorité des infirmières travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick étaient d'accord pour dire qu'elles étaient satisfaites de leur collectivité d'emploi primaire (82 %); les autres (18 %) étaient d'avis neutre ou étaient insatisfaites.

D'après les résultats de l'enquête *RRNII*, 29 % des infirmières du NB rural, c.-à-d. 12 % des IP, 32 % des IA et 27 % des IAA, prévoyaient démissionner de leur poste actuel au cours des 12 mois suivants, ce qui représente une proportion un peu plus élevée que dans l'ensemble du Canada rural (26 %). Les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick qui prévoyaient démissionner (n = 75) ont évoqué divers plans de carrière, qui sont illustrés à la **Figure 10**. Le plus souvent, elles avaient l'intention de continuer à offrir des soins infirmiers dans la même collectivité (44 %) ou de prendre leur retraite (35 %).

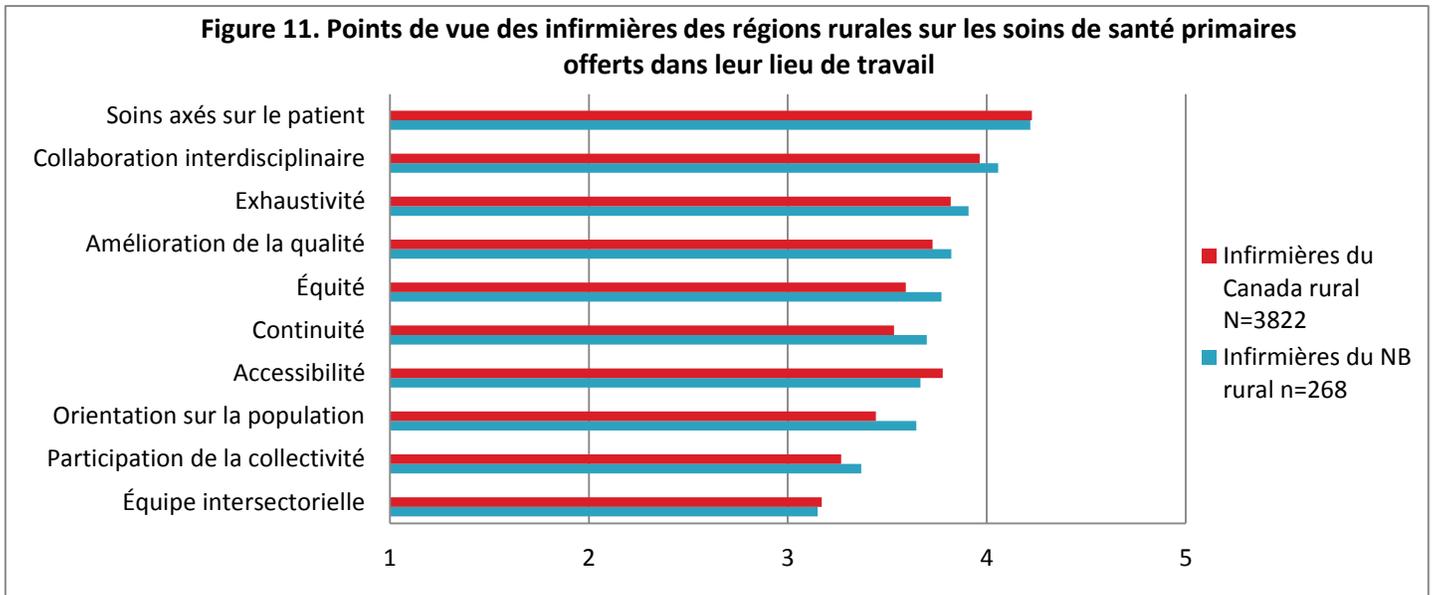
Une minorité d'infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick ayant indiqué leur intention de démissionner ont précisé qu'elles envisageraient de continuer à travailler dans une collectivité rurale ou éloignée à certaines conditions, par exemple si elles se voyaient offrir une prime annuelle en argent (41 %), des horaires de travail plus souples (35 %), l'occasion d'exploiter davantage leurs compétences (28 %) et de mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances (27 %), la possibilité d'enseigner (21 %) et des contrats de travail de courte durée (21 %).



Que disent les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick au sujet des soins primaires offerts à leur lieu de travail?

Il est ressorti clairement de l'enquête *RRNI* que les infirmières travaillant en région rurale, dans quelque contexte que ce soit, étaient engagées dans la prestation de soins de santé primaires. Lors de l'enquête *RRNII*, on a interrogé les infirmières sur certains aspects des soins primaires offerts à leur lieu de travail au moyen d'un outil appelé *Primary Health Care Engagement Scale* (Kosteniuk *et al.*, 2016). Les items étaient groupés en dix catégories : soins axés sur le patient, collaboration interdisciplinaire, exhaustivité des soins, amélioration de la qualité, accessibilité/disponibilité, continuité des soins, équité, orientation sur la population, participation de la

collectivité et équipe intersectorielle. Chaque item était évalué en fonction d'une échelle de Likert à 5 points (1 = fortement en désaccord à 5 = fortement d'accord). Les scores moyens sont présentés à la **Figure 11**.



Il est évident que les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick étaient engagées dans la prestation de soins primaires, et ce, dans bien des cas, de manière un peu plus étendue que les infirmières des régions rurales de l'ensemble du Canada, comme le montrent les moyennes un peu plus hautes observées dans sept des catégories.

En général, les infirmières du NB rural ont évalué de façon très positive l'item *Soins axés sur le patient*. Elles ont rapporté que leurs patients sont traités avec respect et dignité, que les professionnels de la santé s'efforcent de préserver la confidentialité des patients et que leur lieu de travail est un endroit où les patients peuvent recevoir des services de santé en toute sécurité. De plus, elles étaient fortement d'accord pour dire que les professionnels de la santé sont encouragés à considérer les patients comme des partenaires.

Sur le plan de la *Collaboration interdisciplinaire*, les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick ont exprimé des opinions très favorables. Notamment, elles ont indiqué qu'il existe une ambiance de collaboration entre les professionnels de la santé œuvrant dans différentes disciplines à leur lieu de travail, que les professionnels de la santé d'autres disciplines les consultent au sujet des soins du patient et qu'il n'y a pas d'ambiguïté quant la personne à qui il incombe de diriger les soins offerts à un patient en cas de chevauchement des responsabilités.

Elles ont aussi évalué de façon favorable l'item *Exhaustivité des soins*, mentionnant que les patients sont orientés vers les services nécessaires lorsque ceux-ci ne sont pas offerts à leur lieu de travail, que des initiatives visant la réduction des blessures et la prévention des maladies sont mises en œuvre et que les affections chroniques sont prise en charge.

L'item *Amélioration de la qualité* a aussi été évalué de manière favorable, compte tenu que des indicateurs de la santé des patients sont utilisés pour évaluer l'amélioration de la qualité et que les dossiers des patients sont tenus à jour à leur lieu de travail. Fait à noter, les répondants étaient fortement d'accord pour dire qu'il existe au lieu de travail un processus qui permet d'intervenir en cas d'incident critique.

L'item *Équité* a été perçu positivement, les répondants étant d'avis que leur lieu de travail est organisé de telle sorte qu'il est en mesure de répondre aux besoins en santé des populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers, qu'il offre un accès égal aux services de santé, peu importe les caractéristiques individuelles ou sociales des patients, et que les patients ont les moyens de payer les services de santé dont ils ont besoin. Fait important, les répondants étaient fortement d'accord pour dire que les professionnels de la santé affectés à leur lieu de travail comprennent l'impact des déterminants sociaux de la santé et que tous les patients ont accès aux mêmes services de santé, peu importe l'emplacement géographique.

Les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick ont évalué de manière favorable l’item *Continuité des soins*. Elles étaient fortement d’accord pour dire qu’elles ont une bonne compréhension des antécédents médicaux des patients et qu’elles ont facilement accès à de l’information sur les soins de santé qui ont été offerts aux patients dans le passé par les professionnels de la santé affectés à leur lieu de travail. Toutefois, il en va tout autrement pour la coordination des soins offerts à l’extérieur. En effet, la coordination des soins offerts à un endroit autre que leur lieu de travail et l’accès à l’information sur les soins offerts dans le passé par des professionnels de la santé autres que ceux affectés à leur lieu de travail ont été perçus de façon moins favorable.

L’*Accessibilité* aux services de santé était également perçue de manière favorable, les répondants ayant indiqué que les patients ayant besoin de soins d’urgence peuvent voir un professionnel de la santé le jour même lorsque le lieu de travail est ouvert, et que les services sont organisés de manière à être le plus accessibles possible. Par ailleurs, les réponses à l’énoncé « Même si mon lieu de travail est fermé, les patients peuvent voir en personne un professionnel de la santé ou obtenir des conseils médicaux par téléphone » étaient également favorables.

Pour ce qui est de l’item *Orientation sur la population*, évalué positivement par les infirmières du NB rural, les résultats démontrent qu’il existe une bonne correspondance entre les services offerts au lieu de travail et les besoins en santé de la collectivité, et qu’une surveillance des indicateurs des résultats obtenus chez les patients est exercée.

La *Participation de la collectivité* a été évaluée de manière favorable par les infirmières du NB rural. Elles étaient d’accord pour dire que leur lieu de travail consulte les membres de la collectivité au sujet des services de santé dont ils ont besoin, qu’il encourage les professionnels de la santé à considérer les membres de la collectivité comme des partenaires et qu’il a mis en œuvre des changements résultant de consultations auprès des membres de la collectivité.

Enfin, des résultats favorables ont été obtenus pour l’item *Équipe intersectorielle*, mais une tendance intéressante s’est dégagée des résultats. Les répondants ont indiqué qu’ils travaillent en étroite collaboration avec les organismes communautaires et qu’il y a eu des améliorations quant à la façon dont les services communautaires sont offerts grâce au travail concerté des organismes communautaires. Par contre, ils ont rapporté que les organismes communautaires ne se rencontrent pas périodiquement pour discuter de problèmes communs touchant la santé.

L’outil *Primary Health Care Engagement Scale* continue d’être perfectionné. De plus amples détails peuvent être obtenus à ce sujet auprès des auteures.

Limites

Le nombre d’infirmières travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick était suffisant pour faire l’analyse au niveau provincial, mais il était moins élevé que le nombre attendu. Pour cette raison, nous pouvons affirmer ce qui suit : avec une confiance de 90 %, l’échantillon des IA, IP et IAA travaillant en milieu rural au Nouveau-Brunswick est représentatif de l’ensemble des infirmières du NB rural; et, avec une confiance de moins de 85 %, les échantillons distincts des IA, des IP et des IAA travaillant en milieu rural au Nouveau-Brunswick sont représentatifs. Étant donné que notre échantillon n’est constitué que de 30 % (environ) des infirmières en région rurale de la province, nous avons comparé les caractéristiques de l’âge et du sexe de l’échantillon de l’étude à celles de toutes les infirmières de la province travaillant en milieu rural pour voir dans quelle mesure elles étaient similaires ou différentes. Les deux échantillons étaient comparables, mais les femmes étaient sous-représentées, et les hommes, surreprésentés, dans le nôtre (ICIS, 2017). Par conséquent, les résultats doivent être interprétés avec prudence. Par ailleurs, dans le présent rapport de faits saillants, les mesures statistiques ne sont pas toutes rapportées.

En 2015, 28 % de la main-d'œuvre infirmière réglementée au Nouveau-Brunswick se trouvaient dans les régions rurales de la province, où habitaient 38 % de la population (ICIS, 2016a). Cela représente une augmentation par rapport à 2010, quand 24 % des infirmières du Nouveau-Brunswick prenaient soin de 39 % de la population (Pitblado, Koren, MacLeod, Place, Kulig et Stewart, 2013).

De façon générale, comparativement aux infirmières des régions rurales du Canada, celles du Nouveau-Brunswick sont plus nombreuses à travailler dans des maisons de soins infirmiers/établissements de soins prolongés, et moins nombreuses à travailler dans des hôpitaux. Une plus grande proportion d'infirmières en région rurale du Nouveau-Brunswick que d'infirmières en région rurale du Canada occupait des postes permanents à temps plein. Dans la grande majorité des cas, les infirmières du NB rural travaillaient au chevet des patients. Une plus grande proportion d'IA du NB rural que d'IA du Canada rural avait un baccalauréat en sciences infirmières comme plus haut titre de compétences en soins infirmiers, et toutes les IAA du NB rural étaient titulaires d'un diplôme, ce qui est semblable à ce qu'on observe chez les IAA travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada.

Les infirmières du Nouveau-Brunswick qui travaillent en région rurale sont plus âgées que celles qui travaillent en région urbaine. Comparativement à l'ensemble des infirmières du Nouveau-Brunswick, une plus grande proportion d'infirmières du NB rural a plus de 55 ans. Comparativement aux infirmiers de sexe masculin qui travaillent en région rurale dans l'ensemble du Canada, une plus grande proportion d'infirmiers de sexe masculin travaille en région rurale au Nouveau-Brunswick.

Les deux facteurs de recrutement considérés comme étant les plus importants pour les infirmières en région rurale du Nouveau-Brunswick étaient aussi les principaux facteurs de rétention. Il s'agissait de l'emplacement de la collectivité et de la famille ou des amis. L'intérêt pour le cadre de pratique et le revenu venaient aux troisième et quatrième rangs. Une plus grande proportion d'infirmières du NB rural que d'infirmières du Canada rural prévoyait démissionner de son poste actuel au cours des 12 mois suivants. Le plus souvent, ces infirmières avaient l'intention de continuer à offrir des soins infirmiers dans la même collectivité ou de prendre leur retraite. Les infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick ayant indiqué leur intention de démissionner ont précisé qu'elles envisageraient de continuer à travailler dans une collectivité rurale si elles se voyaient offrir une prime annuelle en argent et des horaires de travail plus souples, entre autres conditions.

La grande majorité des IA et des IP, et la majorité des IAA travaillant en région rurale au Nouveau-Brunswick ont indiqué qu'elles effectuaient des tâches se situant à l'intérieur du cadre de leur pratique autorisée. Les infirmières travaillant dans les régions rurales du Nouveau-Brunswick ont exprimé des points de vue favorables au sujet des soins de santé primaires, de leurs contributions à ces soins et de l'accessibilité de ces soins pour les patients. Elles ont toutefois émis des préoccupations quant au fait que les organismes communautaires ne se rencontrent pas périodiquement pour discuter de problèmes communs touchant la santé.

Références

- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2016a). *Regulated Nurses, 2015: Canada and Jurisdictional Highlights*. Ottawa, ON: CIHI; 2016.
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2016b). *Regulated Nurses, 2015: LPN Data Tables*. Tiré de : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/lpn_2015_data_tables_en.xlsx
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2016c). *Regulated Nurses, 2015: RN/NP Data Tables*. Tiré de : https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/rn_np_2015_data_tables_en.xlsx
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2017). *Health Workforce Database* [Demande de données personnalisées].
- Kosteniuk, J.G., Wilson, E.C., Penz, K.L., MacLeod, M.L.P., Stewart, N.J., Kulig, J.C., Karunanayake, C.P., & Kilpatrick, K. (2016). Development and psychometric evaluation of the Primary Health Care Engagement (PHCE) Scale: A pilot survey of rural and remote nurses. *Primary Health Care Research & Development*, 17, 72-86.
- Kulig, J., Kilpatrick, K., Moffitt, P., & Zimmer, L., (2013). *Rural and Remote Nursing Practice: An Updated Documentary Analysis*. Lethbridge: University of Lethbridge. RRN2-02. <http://www.unbc.ca/rural-nursing>
- Kulig, J., Kilpatrick, K., Moffitt, P., & Zimmer, L. (2015). Recruitment and retention in rural nursing: It's still an issue! *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 28(2), 40-50.
- MacLeod, M. L. P., Kulig, J. C., Stewart, N. J., Pitblado, J. R., & Knock, M. (2004). The nature of nursing practice in rural and remote Canada. *Canadian Nurse*, 100(6), 27-31.
- Pitblado, R., Koren, I., MacLeod, M., Place, J., Kulig, J., & Stewart, N. (2013). *Characteristics and Distribution of the Regulated Nursing Workforce in Rural and Small Town Canada, 2003 and 2010*. Prince George, BC: Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-01. <http://www.unbc.ca/rural-nursing>
- Place, J., Paterson, J., MacLeod, M., & Pitblado, R. (June, 2014). *Nursing Practice in Rural and Remote New Brunswick: An Analysis of CIHI's Nursing Database*. Prince George, BC: Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-01-8. <http://www.unbc.ca/rural-nursing>
- Statistics Canada (2016). *Population by year, by province and territory: Data Tables*. Tiré de : <http://www.statcan.gc.ca/tables-tableaux/sum-som/l01/cst01/demo02a-eng.htm>

Pour citer ce rapport de faits saillants :

Kilpatrick, K., Olynick, J., Martin-Misener, R., Jonatansdottir, S., Mix, N., Garraway, L., & MacLeod, M. (May, 2017). *Faits saillants de l'enquête -Nouveau-Brunswick : Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II*. Prince George, BC: Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-04-07

Pour plus d'information au sujet de l'étude complète :

Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II
Université de Northern British Columbia
3333 University Way
Prince George, BC V2N 4Z9
Tél. : 1-250-960-6405
Courriel : rrn@unbc.ca
<http://www.unbc.ca/rural-nursing>

Annexe A : Champ de pratique : infirmières des régions rurales du Nouveau-Brunswick et du Canada

	IP rural		IA rural		IAA rural	
	NB % (n=17)	Canada % (n=163)	NB % (n=142)	Canada % (n=2082)	NB % (n=109)	Canada % (n=1370)
Promotion de la santé, prévention et santé de la population						
Prise en charge de maladies chroniques	88.2	90.8	66.2	62.7	74.3	74.9
Programmes de santé mère/enfant/famille	88.2	70.6	25.4	11.1	12.8	18.0
Programmes de modification des habitudes de vie	76.5	83.4	56.3	21.1	52.3	50.1
Programmes de santé publique/santé de la population	64.7	68.7	40.1	17.9	24.8	32.3
Programmes de santé mentale	41.2	44.2	28.9	11.6	23.9	32.4
Programmes de développement des collectivités et programmes individuels de renforcement des capacités en santé	35.3	31.9	19.0	6.8	10.1	12.6
Prévention de la maladie/des blessures	29.4	45.4	47.2	7.1	57.8	47.4
Aucun de ces services	5.9	2.5	20.4	12.3	16.5	17.3

Évaluation	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Historique complet (anamnèse) et examen physique	88.2	87.1	59.9	59.6	61.5	68.5
Historique et examen physique axés sur un trouble ou un état en particulier	100.0	92.6	66.9	70.3	50.5	61.4
Évaluation de la santé des nourrissons et des enfants	88.2	77.3	21.8	32.3	7.3	12.5
Évaluation de la santé des personnes âgées	82.4	83.4	70.4	61.2	79.8	79.7
Évaluation familiale	41.2	44.2	23.2	25.0	14.7	16.9
Évaluation communautaire	29.4	17.8	13.4	16.2	6.4	10.6
Évaluation de la santé mentale	88.2	76.7	35.2	40.7	27.5	34.3
Évaluation/examen en cas d'agression sexuelle	35.3	31.3	12.7	19.4	3.7	5.0
Évaluation de tierce partie	76.5	69.3	12.0	18.7	8.3	8.6
Autre évaluation	0.0	3.1	2.1	2.5	0.0	0.9
Aucune de ces évaluations	0.0	2.5	7.7	10.7	12.8	10.8

Prise en charge thérapeutique	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Administration de médicaments par voies orale, sous-cutanée, intramusculaire et topique, ou par inhalation	76.5	74.8	83.1	80.0	76.1	89.5
Distribution des médicaments	58.8	47.9	57.7	54.2	52.3	63.8
Gestion de la pharmacie	23.5	25.8	21.8	25.3	10.1	15.8
Prescription de médicaments de manière indépendante	88.2	81.0	7.0	7.8	1.8	3.3
Prescription de médicaments suivant des protocoles ou des lignes directrices	23.5	37.4	29.6	29.5	6.4	11.5
Autres responsabilités ayant trait aux médicaments	11.8	9.2	9.2	8.3	1.8	5.8
Aucune de ces tâches	0.0	3.1	12.0	14.8	19.3	8.6

Analyses de laboratoire	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Prise et traitement des demandes d'analyses de laboratoire	35.3	27.0	64.1	64.5	27.5	61.2
Prescription d'analyses de laboratoire	88.2	89.6	24.6	37.4	11.0	28.5
Obtention d'un prélèvement ou d'un échantillon en vue des analyses de laboratoire	58.8	55.2	66.2	57.3	54.1	57.0
Réalisation et analyse sur place des épreuves de laboratoire	47.1	40.5	32.4	29.8	21.1	19.7
Interprétation des résultats d'analyses de laboratoire et d'épreuves diagnostiques	76.5	90.2	37.3	46.2	11.9	24.5
Aucune de ces tâches	0.0	3.1	20.4	19.6	37.6	18.4

Épreuves diagnostiques	IP rural		IA rural		IAA rural	
	NB % (n=17)	Canada % (n=163)	NB % (n=142)	Canada % (n=2082)	NB % (n=109)	Canada % (n=1370)
Prise et traitement des demandes d'épreuves diagnostiques avancées	29.4	19.0	33.8	46.4	12.8	41.1
Prescription d'épreuves diagnostiques avancées	76.5	60.7	9.2	8.1	3.7	7.6
Réalisation d'épreuves diagnostiques avancées	29.4	40.5	2.8	1.6	0.9	1.3
Interprétation et suivi des résultats d'épreuves diagnostiques avancées	88.2	73.0	9.9	13.3	3.7	6.1
Aucune de ces tâches	5.9	18.4	61.3	49.2	84.4	55.8

Imagerie diagnostique	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Prise et traitement des demandes d'examens d'imagerie diagnostique	29.4	20.2	34.5	53.7	8.3	48.3
Prescription d'examens d'imagerie diagnostique de routine	88.2	84.7	12.0	25.7	4.6	16.9
Prescription d'examens d'imagerie diagnostique avancés	64.7	48.5	4.2	5.9	2.8	7.4
Réalisation des examens d'imagerie diagnostique	11.8	10.4	2.1	8.8	2.8	0.9
Interprétation et suivi des résultats d'examens d'imagerie diagnostique	64.7	71.8	7.0	14.3	2.8	3.3
Aucune de ces tâches	5.9	11.7	59.9	39.0	85.3	46.4

Diagnostic et aiguillage des patients	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Suivre les protocoles ou utiliser des outils d'aide à la décision pour élaborer un plan de soins	35.3	49.1	71.8	76.3	50.5	74.3
De manière indépendante, poser un diagnostic infirmier d'après les données d'évaluation	82.4	71.2	54.2	65.9	12.8	36.4
De manière indépendante, poser un diagnostic médical d'après les données d'évaluation	88.2	82.8	5.6	11.0	1.8	2.8
De manière indépendante, orienter les patients vers d'autres professionnels de la santé	88.2	86.5	40.8	47.7	12.8	28.5
De manière indépendante, orienter les patients vers des médecins spécialistes	88.2	72.4	9.9	11.0	0.9	4.7
Certifier l'état mental des patients aux fins d'internement	35.3	14.1	6.3	6.8	0.0	0.9
Prononcer le décès	35.3	35.0	47.9	42.7	0.9	22.9
Aucune de ces tâches	0.0	4.9	14.1	12.6	45.9	20.2

Soins et transport d'urgence	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada %
Organiser le transport médical urgent ou imminent	47.1	39.9	47.2	52.0	17.4	35.5
Offrir des soins durant le transport médical urgent ou imminent	17.6	33.1	34.5	35.4	26.6	19.6
Répondre aux appels d'urgence en tant que premier répondant et leader	29.4	19.6	19.7	17.8	7.3	10.9
Répondre aux appels d'urgence de recherche et sauvetage en région rurale, éloignée ou sauvage en tant que leader	5.9	6.7	4.9	5.4	1.8	1.8
Aucune de ces tâches	41.2	50.3	42.3	41.3	66.1	52.8

Leadership	NB %	Canada %	NB %	Canada %	NB %	Canada%
Supervision/mentorat d'étudiants en soins infirmiers	64.7	68.7	69.0	66.6	44.0	56.6
Supervision/mentorat de collègues infirmiers	41.2	55.2	55.6	61.2	19.3	31.9
Supervision/mentorat d'étudiants interprofessionnels	29.4	35.6	20.4	19.6	6.4	8.5
Supervision/mentorat de collègues interprofessionnels	17.6	20.9	13.4	15.2	4.6	6.3
Leadership d'un service ou d'un quart dans un contexte de pratique	5.9	16.6	52.8	47.2	19.3	30.7
Leadership d'une équipe de soins de santé interdisciplinaire	29.4	24.5	19.7	21.8	7.3	11.6
Leadership d'un groupe communautaire	23.5	15.3	11.3	10.1	0.0	2.0
Aucune de ces tâches	11.8	14.7	10.6	12.7	41.3	27.4