



# Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II

## Faits saillants de l'enquête - Québec

### 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-O)

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'emphase 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 Québec (QC 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

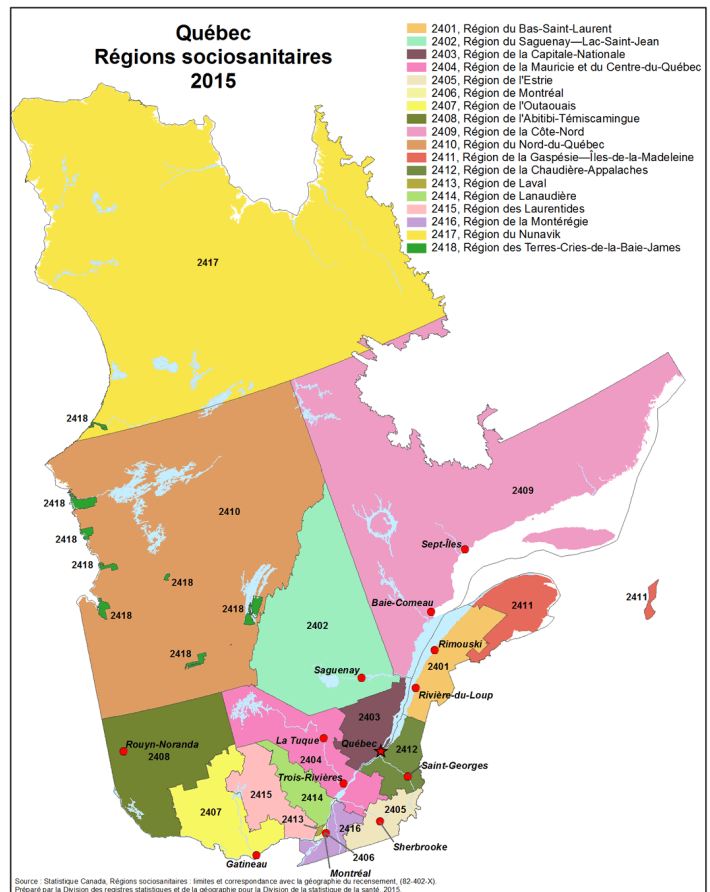


Figure 1.

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 régions du Canada. Le taux de réponse national a été de 40 % (marge d’erreur de 1,5 %). **Pour le Québec, 314 infirmières ont répondu, au total, soit 175 IA, 24 IP et 115 IAA.** L’échantillon admissible au Québec était constitué de 892 personnes, et le taux de réponse a été de 35 % (n = 314; marge d’erreur de 5,2 %). Nous pouvons affirmer ce qui suit : avec une confiance de 90 %, l’échantillon des IA, IP et IAA travaillant en milieu rural au Québec est représentatif de l’ensemble des infirmières du QC rural; avec une confiance de 99 %, l’échantillon des IP travaillant en milieu rural est représentatif de l’ensemble des IP du QC rural; et, avec une confiance de moins de 85 %, les échantillons distincts des IA et des IAA travaillant en milieu rural au Québec sont représentatifs. Dans ce rapport de faits saillants, nous comparons trois ensembles de données : données sur les infirmières du QC 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 Québec 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 Québec.

## Qui sont les infirmières travaillant en région rurale au Québec?

En 2015, la population rurale du Québec représentait 19 % de la population totale, et 9,5 % des 93 605 infirmières réglementées de la province (IA, IP et IAA) travaillaient en milieu rural (ICIS, 2016a). La distribution géographique des infirmières du Québec est illustrée à la

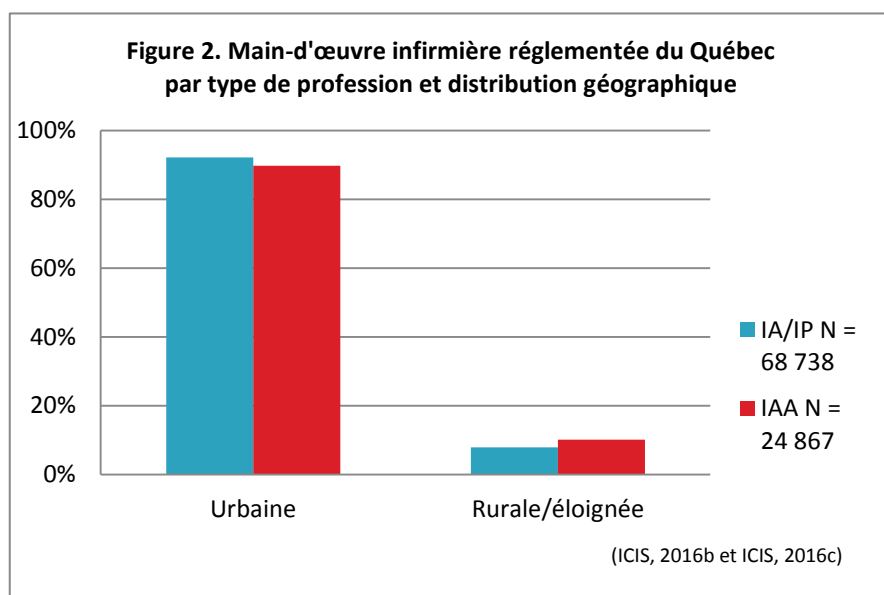
### Figure 2.

La vaste majorité des infirmières du Québec travaillant en région rurale ayant répondu au sondage *RRNII* (64 %) ont indiqué avoir grandi dans une collectivité dont la population comptait moins de 10 000 habitants. Cinquante-neuf pour cent (59 %) 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 QC rural habitant à l’extérieur de leur collectivité d’emploi primaire ont indiqué qu’elles se déplaçaient chaque jour (66 %)

ou chaque semaine (25 %) pour se rendre au travail, et qu’elles consacraient généralement 11 heures par semaine ou moins à ces déplacements (96 %). La vaste majorité des infirmières du QC rural étaient mariées ou vivaient en union de fait (79 %), et 50 % d’entre elles avaient des enfants à charge.

### Âge et sexe

Selon les résultats de l’enquête *RRNII*, 17 % des infirmières du QC rural avaient 55 ans ou plus, comparativement à 32 % des infirmières travaillant en région rurale dans l’ensemble du Canada; dans le groupe des moins de 35 ans, ces pourcentages étaient de 33 % comparativement à 19 %, respectivement. De façon générale, les infirmières du QC rural



étaient légèrement plus jeunes que les infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Le **Tableau 1** montre la distribution selon l'âge des IA, des IP et des IAA travaillant en région rurale au Québec et au Canada.

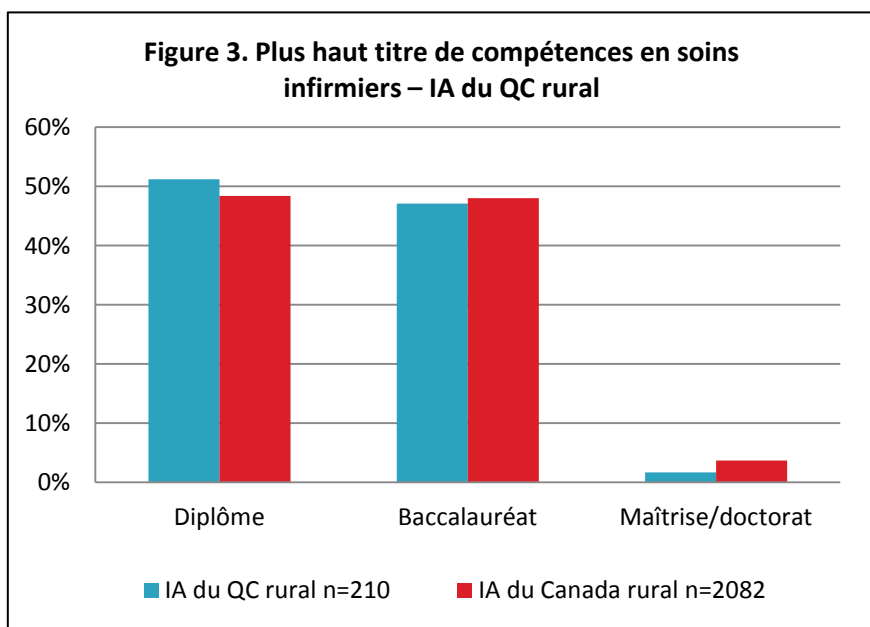
*Tableau 1. Distribution selon l'âge des IA, des IP et des IAA travaillant en région rurale au Québec et au Canada*

		< 25 ans %	25-34 ans %	35-44 ans %	45-54 ans %	55-64 ans %	≥ 65 ans %
IP, QC rural	(n = 24)	8,3	20,8	37,5	25,0	8,3	0,0
IP, Canada rural	(n = 163)	1,3	11,5	25,6	36,5	23,1	1,9
IA, QC rural	(n = 138)	4,1	26,9	19,9	26,3	20,5	2,3
IA, Canada rural	(n = 2082)	1,1	17,8	19,1	27,2	29,6	5,3
IAA, QC rural	(n = 110)	10,0	27,3	25,5	27,3	9,1	0,9
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 Québec (6,2 %) était semblable à celle travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (6,4 %). Lorsqu'on examine individuellement les types de profession infirmière, on remarque que la proportion d'IA de sexe masculin travaillant en région rurale au Québec (9,4 %) était plus élevée, et la proportion d'IAA de sexe masculin (1,8 %), moins élevée, par rapport à l'ensemble du Canada rural (IA : 6,2 %; IAA : 5,6 %).

## Éducation

Selon l'enquête *RRNII*, le niveau d'éducation en sciences infirmières des IA et des IAA travaillant en milieu rural au Québec était semblable à celui des infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Chez les infirmières du QC rural, le plus haut titre de compétences en soins infirmiers obtenu était une maîtrise en sciences



infirmières (4,2 %), tandis que le plus fréquent était un diplôme en soins infirmiers (67 %), suivi d'un baccalauréat en sciences infirmières (29 %). 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 %). Tous les IAA du QC rural étaient titulaires d'un diplôme en soins infirmiers, tandis que les IA du QC rural étaient susceptibles d'avoir un diplôme en soins infirmiers (51 %) ou un baccalauréat en sciences infirmières (47 %) comme plus haut titre de compétences en soins infirmiers. À l'échelle du Canada, 99,6 % des IAA

travaillant en milieu rural étaient titulaires d'un diplôme en soins infirmiers, tandis que les IA étaient susceptibles d'avoir un diplôme en soins infirmiers (48 %) ou un baccalauréat en sciences infirmières (48 %). Les IP du QC rural avaient le plus souvent une maîtrise comme plus haut titre de compétences (42 %), tandis que ce pourcentage s'élevait à 58 % dans le cas des IP travaillant en milieu rural dans l'ensemble du Canada. Les résultats de l'enquête *RRNII* quant aux plus hauts titres de compétences en soins infirmiers des IA travaillant en milieu rural, au Québec et au Canada, sont représentés à la **Figure 3**.

## Où travaillent les infirmières en région rurale au Québec?

La vaste majorité des infirmières du QC rural ayant répondu au sondage travaillaient dans le domaine des soins infirmiers (93 %); les autres (7,1 %) étaient en congé autorisé (3,9 %) ou à la retraite et travaillaient occasionnellement en soins infirmiers à titre d'employées occasionnelles ou en vertu d'un contrat de courte durée (3,2 %). La population de la collectivité d'emploi primaire des infirmières du QC rural est décrite au **Tableau 2**. Lorsqu'on examine les trois types de profession infirmière, seulement 8,7 % des IP, 4,8 % des IA et 2,7 % des IAA du QC rural travaillaient au sein d'une collectivité comptant moins de 1000 habitants, ce qui représente des proportions moins élevées que celles observées pour l'ensemble du Canada (IP : 17 %; IA : 15 %; IAA : 12 %).

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

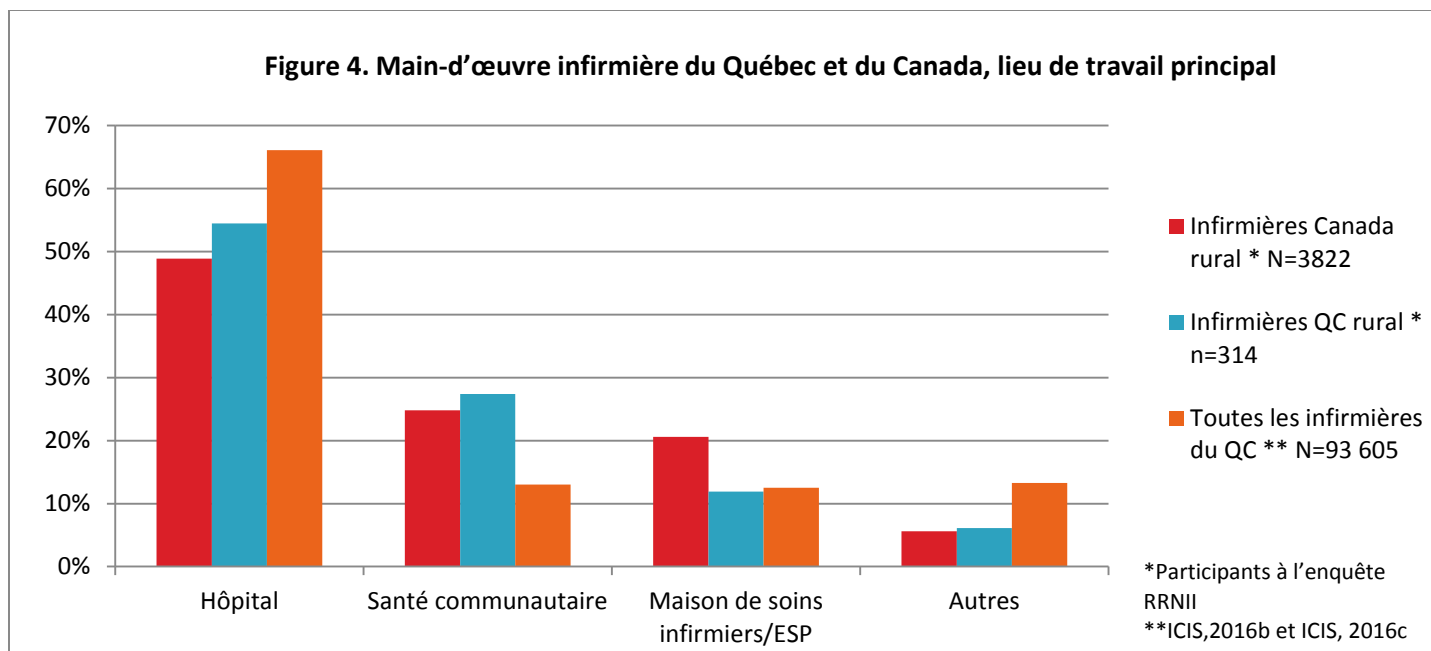
Population	% (n = 314)
≤ 999	6,3
1000 - 2499	8,3
2500 - 4999	12,6
5000 - 9999	36,4
10 000 – 29 999	28,8
≥ 30 000	7,6

### Statut d'emploi en soins infirmiers

La vaste majorité des infirmières travaillant en région rurale au Québec avaient un statut d'emploi permanent (96 %), à temps plein (52 %) ou à temps partiel (43 %). À titre de comparaison, 54 % des infirmières travaillant en région rurale au Canada avaient un statut d'emploi permanent à temps plein. Seulement 4,8 % des infirmières du QC rural étaient des employées occasionnelles ou contractuelles, comparativement à 20 % des infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada. Dans la majorité des cas, les infirmières exerçant en région rurale au Québec travaillaient au chevet des patients (65 %), tandis qu'une minorité d'entre elles exerçait en tant qu'infirmière praticienne (9,8 %) ou comme gestionnaire (7,4 %). Par ailleurs, une plus haute proportion d'IA travaillant en région rurale au Québec (26 %) qu'au Canada (5,1 %) exerçait à titre d'infirmière clinicienne spécialisée.

On peut voir à la **Figure 4** le lieu de travail principal des infirmières travaillant en région rurale au Québec et dans l'ensemble du Canada. On constate que les infirmières du QC rural travaillaient le plus souvent en milieu hospitalier (55 %), et que cette proportion était plus élevée que chez les infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (49 %). Alors que 6,9 % des IA du QC rural ont indiqué qu'elles travaillaient dans une maison de soins infirmiers ou un établissement de soins prolongés, 22 % des IAA ont désigné ces endroits comme étant leur lieu de travail principal.

**Figure 4. Main-d'œuvre infirmière du Québec 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.

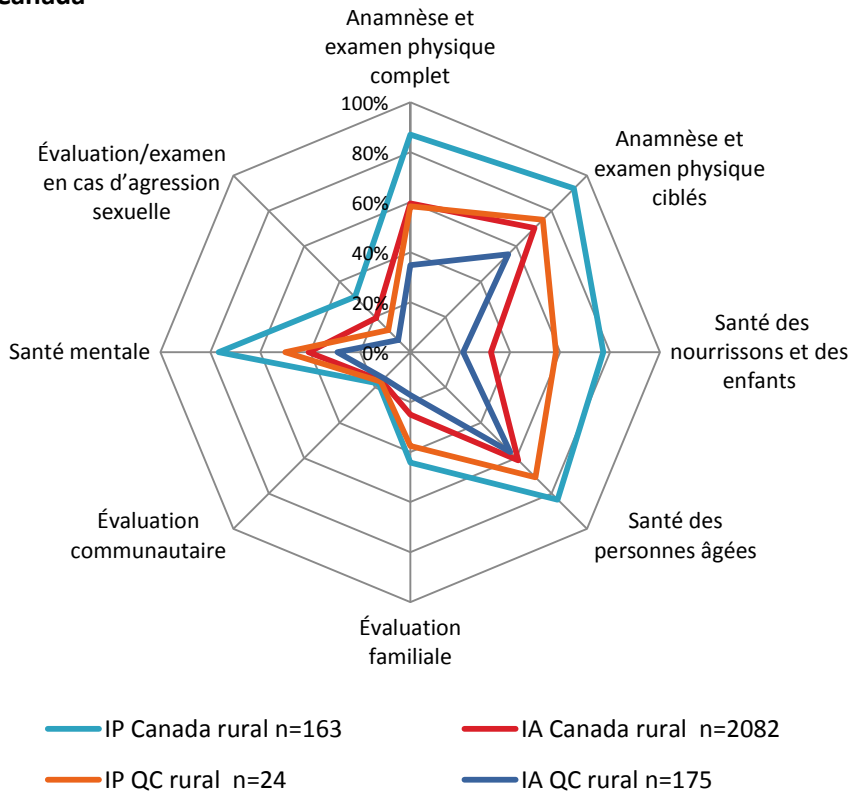
Sont compris dans la catégorie **Autres** les lieux de travail tels que : association professionnelle, gouvernement, santé au travail, entreprise privée de soins infirmiers/travail autonome, établissement d'enseignement et autres.

## Quelle est l'étendue de la pratique infirmière en région rurale au Québec?

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**.

Bien que la majorité des infirmières travaillant en région rurale au Québec (IP 54 %; IA 70 %; IAA 75 %) aient indiqué qu'elles effectuaient des tâches se situant à l'intérieur du cadre de leur pratique autorisée, elles ont été moins nombreuses à le faire que les infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (IP 83 %; IA 84 %; IAA 77 %). Il est important de noter que 33 % des IP et 18 % des IA du QC rural ont indiqué accomplir des tâches se situant au-delà de leur cadre de pratique autorisée, comparativement à 7,8 % des IP et à 11 % des IA du Canada rural.

**Figure 5. Évaluation : IP et IA des régions rurales du Québec et du Canada**

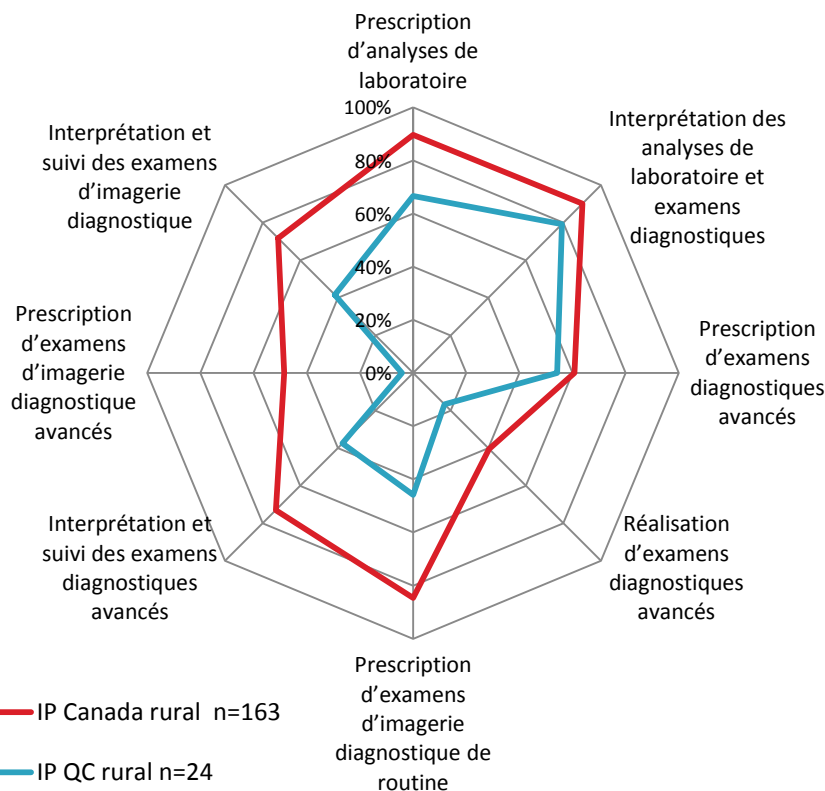


Au chapitre de la *Promotion de la santé, prévention et santé de la population*, les infirmières travaillant en région rurale au Québec ont indiqué être responsables de la prise en charge de maladies chroniques (64 %), des programmes de modifications des habitudes de vies (48 %) et des programmes de santé publique/santé de la population (45 %). Ces pourcentages sont semblables à ceux observés pour les infirmières en région rurale dans l'ensemble du Canada (68 %, 52 % et 40 %).

Par ailleurs, comparativement à ces dernières, les infirmières du QC rural ont fait état d'un moins grand engagement vis-à-vis des activités d'*Évaluation* de la santé et du bien-être (**Figure 5**). La majorité des infirmières travaillant en région

rurale au Québec ont indiqué qu'elles effectuaient des évaluations de la santé des personnes âgées (56 %), tandis qu'une minorité avait la responsabilité de faire une anamnèse et un examen physique axés sur un trouble ou un état en particulier (40 %), ou une anamnèse et un examen physique complet (30 %).

**Figure 6. Diagnostic : IP des régions rurales du Québec et du Canada**

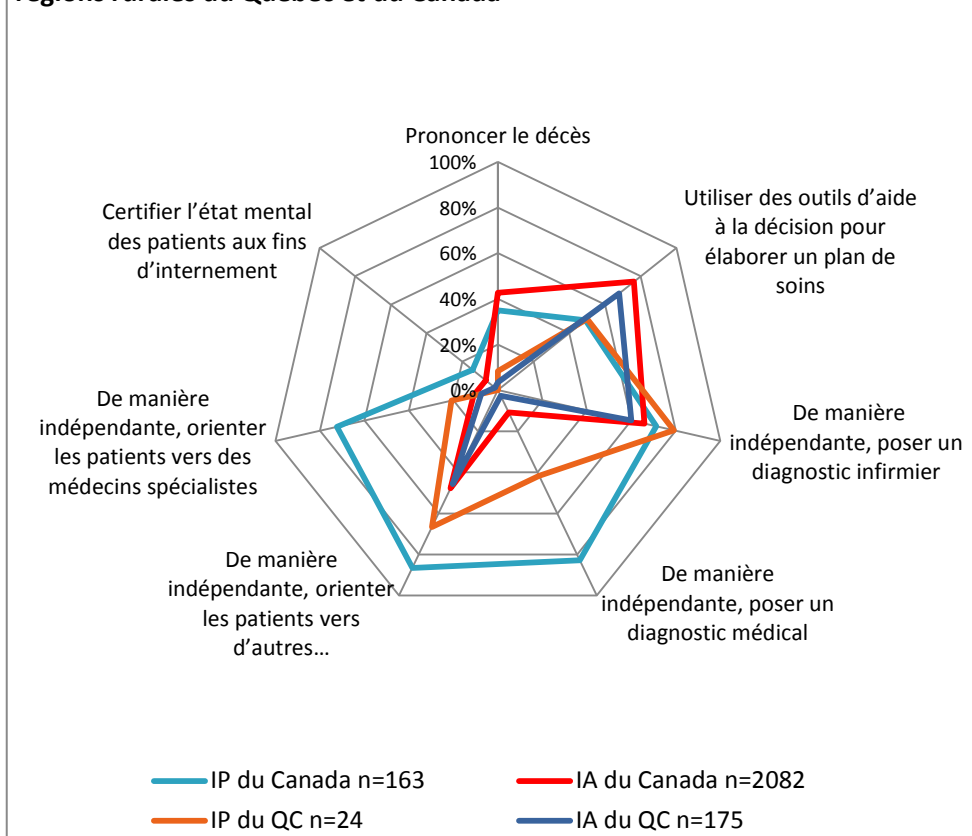


Dans la catégorie *Diagnostic*, qui comprenait les *Analyses de laboratoire*, les *Épreuves diagnostiques* et les *Épreuves d'imagerie diagnostique*, les infirmières du QC rural ont signalé un engagement moindre vis-à-vis de nombreuses tâches. Ainsi, elles ont été moins nombreuses à indiquer qu'elles amorçaient et traitaient les demandes d'analyses de laboratoire (49 %), d'examens diagnostiques avancés (16 %) et d'examens d'imagerie diagnostique (14 %) que leurs homologues du Canada (61 %, 43 % et 50 %). De plus, elles étaient aussi moins nombreuses à réaliser (21 %) et à interpréter (31 %) les analyses de laboratoire, et à prescrire des examens d'imagerie



diagnostique de routine (12 %), comparativement aux infirmières travaillant en région rurale dans l'ensemble du Canada (26 %, 39 % et 24 %). Ces différences sont particulièrement marquées dans le cas des IP exerçant en région rurale au Québec (Figure 6).

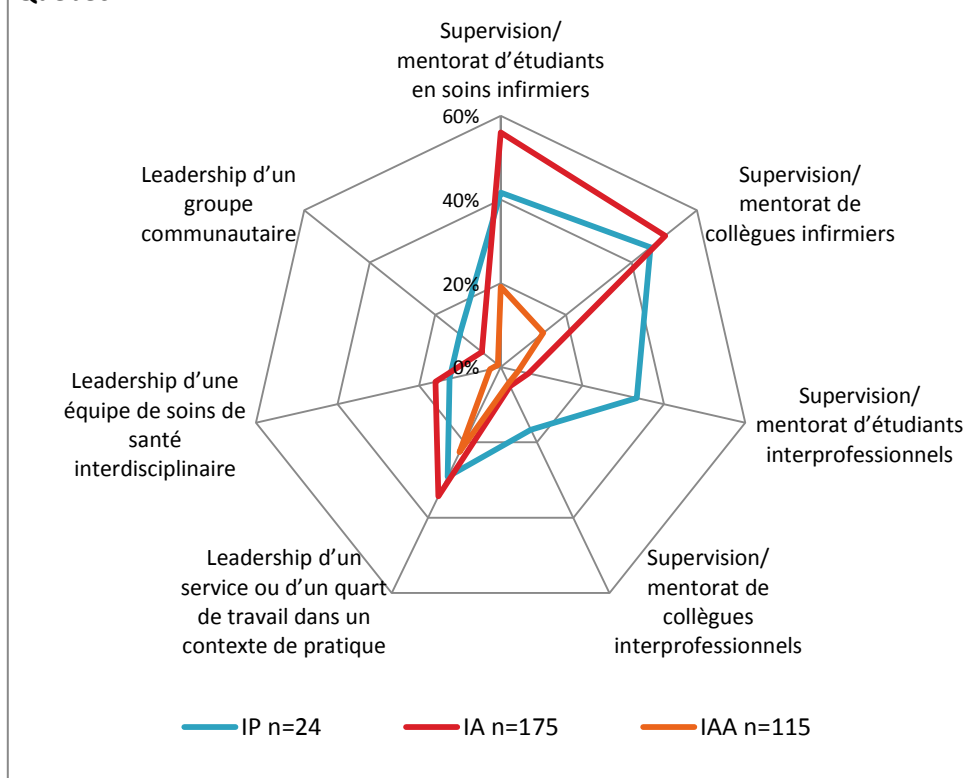
**Figure 7. Diagnostic et aiguillage des patients : IP et IA des régions rurales du Québec et du Canada**



Dans la catégorie *Gestion thérapeutique*, la majorité des infirmières du QC rural ont rapporté être responsables d'administrer (74 %) et de distribuer (54 %) des médicaments. Comparativement aux infirmières affectées aux régions rurales dans l'ensemble du Canada, les infirmières du QC rural ont été plus nombreuses à indiquer qu'elles prescrivait des médicaments suivant des protocoles ou des lignes directrices (42 % contre 22 %).

Dans la catégorie *Diagnostic et aiguillage des patients*, la majorité des infirmières du QC rural (58 %) ont rapporté suivre les protocoles ou utiliser des outils d'aide à la décision dans l'exercice de leurs fonctions, comparativement à 74 % des infirmières du Canada rural. À l'égard de cette dimension, les IAA du Québec rural ont rapporté une moins grande activité que leurs homologues du Canada (44 % contre 74 %). De plus, une minorité d'IP travaillant en région rurale au Québec ont indiqué qu'elles étaient appelées à poser de manière indépendante un diagnostic médical d'après les données d'évaluation (42 %), tandis qu'au Canada, une vaste majorité d'IP travaillant en région rurale (83 %) considéraient cette tâche comme faisant partie de leurs responsabilités. Une comparaison des activités de diagnostic et d'aiguillage des patients assumées par les IP et les IA travaillant en région rurale au

**Figure 8. Leadership : infirmières des régions rurales du Québec**



Québec et au Canada est présentée à la **Figure 7**.

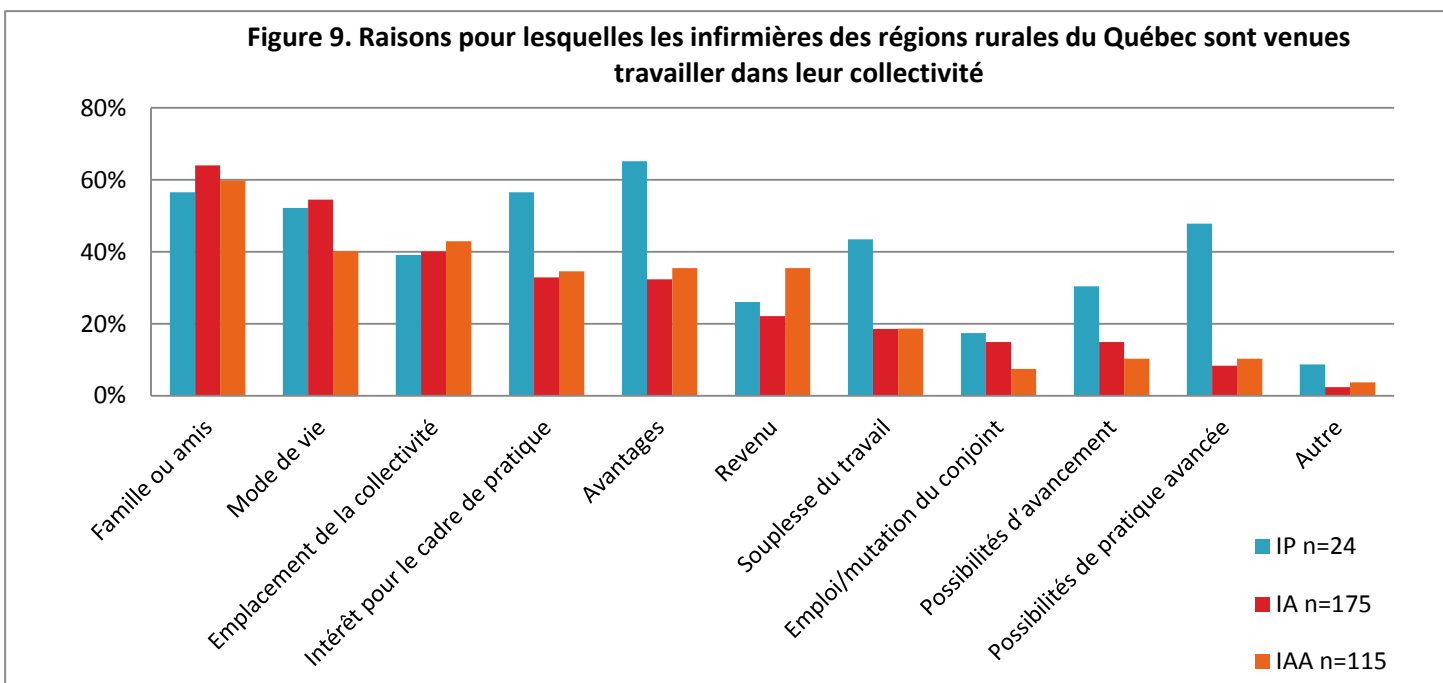
Dans la catégorie *Soins et transport d'urgence*, environ le quart des infirmières du QC rural ont indiqué qu'elles étaient responsables d'organiser le transport (25 %) et d'offrir des soins lors d'un transport médical urgent ou imminent (24 %). Seulement 9,1 % des IA travaillant en région rurale au Québec ont mentionné qu'elles étaient responsables de répondre à des appels d'urgence ou de les gérer à titre de premiers répondants, comparativement à 18 % des IA des régions rurales du Canada.

En ce qui a trait au *Leadership*, les infirmières du QC rural étaient généralement moins engagées que celles des régions rurales canadiennes. Par exemple, une minorité des infirmières des régions rurales du Québec ont indiqué qu'elles supervisaient ou encadraient à titre de mentor des étudiants en soins infirmiers (41 %) et des collègues infirmiers (36 %), alors qu'une majorité de leurs homologues du Canada assumaient ces responsabilités (63 % et 50 %, respectivement). Il en va de même pour l'engagement des IAA du Québec rural comparativement à celles du Canada rural vis-à-vis des activités de leadership telles que la supervision/le mentorat des étudiants en soins infirmiers (19 % contre 57 %) et la direction d'un service ou d'un quart de travail dans un contexte de pratique (23 % contre 31 %). Toutefois, les IP du QC rural étaient plus nombreuses que celles du Canada rural à diriger un service ou un quart de travail dans un contexte de pratique (29 % contre 17 %; **Figure 8**).

Dans l'ensemble, les infirmières en région rurale du Québec ont généralement fait état d'un moins grand degré d'activité dans la plupart des secteurs de pratique que les infirmières des régions rurales du Canada. On ne sait pas si les ressources disponibles dans le contexte de pratique ou d'autres facteurs peuvent influencer ces différences.

## Quels sont les plans de carrière des infirmières des régions rurales du Québec?

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 QC rural, les raisons ayant le plus influencé leur décision de travailler dans leur collectivité d'emploi primaire étaient la famille ou les amis (62 %), le mode de vie (49 %) et l'emplacement de la collectivité (41 %). Dans l'ensemble du Canada, seulement 42 % des infirmières des régions rurales ont mentionné la

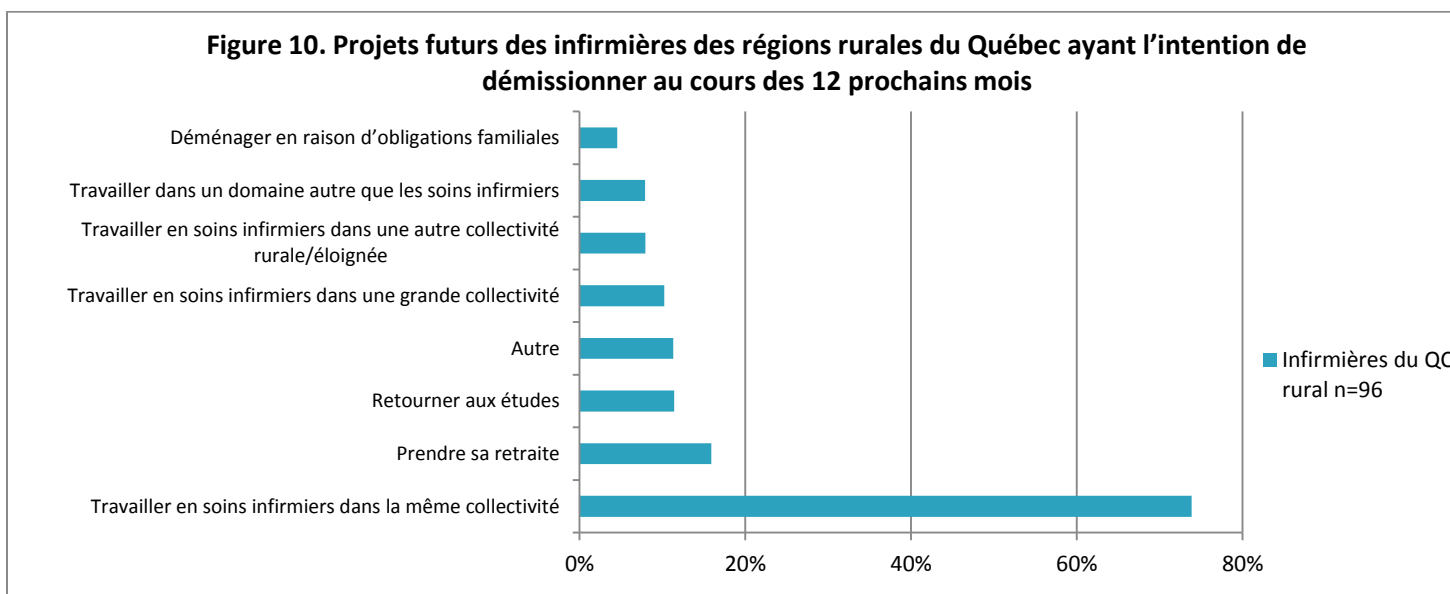




famille ou les amis comme étant un facteur de recrutement. La **Figure 9** montre la répartition des facteurs de recrutement en fonction du type de profession infirmière.

On a demandé aux infirmières des régions rurales du Québec de nommer les raisons pour lesquelles elles continuent de travailler dans leur collectivité d'emploi primaire. Les plus importants facteurs de rétention étaient la famille ou les amis (62 %), le mode de vie (52 %), l'intérêt pour le cadre de pratique (46 %) et l'emplacement de la collectivité (40 %). Le revenu (36 %) et les avantages sociaux (36 %) étaient aussi de puissants facteurs de rétention. La grande majorité des infirmières travaillant en région rurale au Québec étaient d'accord pour dire qu'elles étaient satisfaites de leur collectivité d'emploi primaire (86 %); les autres (14 %) étaient d'avis neutre ou étaient insatisfaites.

D'après les résultats de l'enquête *RRNII*, 32 % des infirmières du QC rural, c.-à-d. 33 % des IP, 31 % des IA et 34 % des IAA, prévoient démissionner de leur poste actuel au cours des 12 mois suivants, ce qui représente une proportion plus élevée que dans l'ensemble du Canada rural (26 %). Les infirmières des régions rurales du QC qui prévoient démissionner (n = 96) 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 (74 %), mais certaines comptaient prendre leur retraite (16 %) ou retourner aux études (11 %).



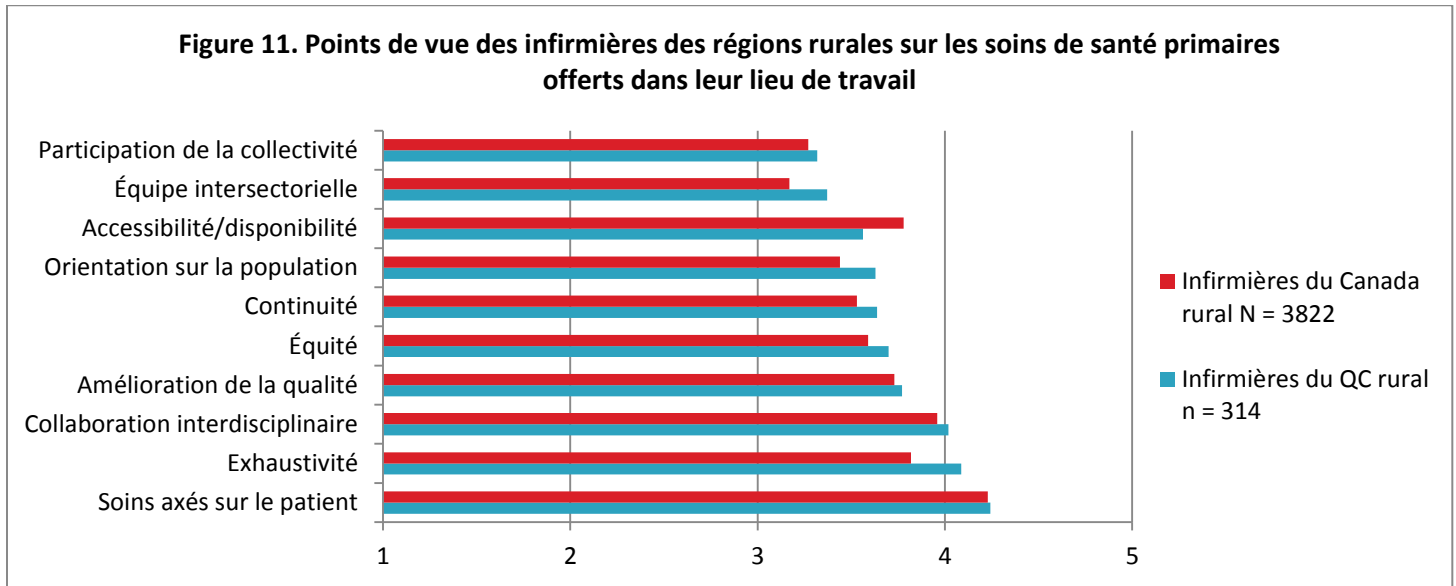
Une minorité d'infirmières des régions rurales du QC ayant indiqué leur intention de démissionner ont précisé qu'elles envisageraient de continuer à travailler dans une collectivité rurale ou éloignée à certaines conditions, par exemple si elles se voyaient offrir une prime annuelle en argent (42 %), des possibilités de mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances (39 %) et l'occasion d'exploiter davantage leurs compétences (32 %).

## *Que disent les infirmières des régions rurales du Québec 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 Québec 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 huit des catégories.



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

Elles ont aussi évalué de façon très favorable l'item *Exhaustivité des soins*. Elles mentionnent que les patients sont orientés vers les services nécessaires lorsque ceux-ci ne sont pas offerts à leur lieu de travail, et précisent que des initiatives visant la réduction des blessures et la prévention des maladies sont mises en œuvre. De plus, elles accordent une note favorable à leur lieu de travail pour ce qui est de la prise en charge des affections chroniques.

Sur le plan de la *Collaboration interdisciplinaire*, les infirmières des régions rurales du Québec étaient fortement d'accord pour dire qu'il existe une ambiance de collaboration entre les professionnels de la santé œuvrant dans différentes disciplines à leur lieu de travail, et que les professionnels de la santé d'autres disciplines les consultent au sujet des soins du patient. Toujours favorable, mais un peu moins, a été leur évaluation de l'aspect de la personne à qui il incombe de diriger les soins offerts à un patient en cas de chevauchement des responsabilités.

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

De façon générale, l'item *Équité* a été perçu positivement, les répondants étant d'avis que les professionnels de la santé affectés à leur lieu de travail comprennent l'impact des déterminants sociaux de la santé, 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, et qu'il offre un accès égal aux services de santé, peu importe l'emplacement géographique et les

caractéristiques individuelles ou sociales. Toujours favorable, mais un peu moins, a été leur évaluation de l'énoncé selon lequel les patients traités à leur lieu de travail ont les moyens de payer pour les services de santé dont ils ont besoin.

Les infirmières des régions rurales du Québec ont évalué de manière favorable l'item *Continuité des soins*, mais une tendance intéressante s'est dégagée des résultats. Ces infirmières 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 posent des difficultés et ont donc été perçus de façon moins favorable.

Pour ce qui est de l'item *Approche populationnelle*, évalué positivement par les infirmières du QC rural, les résultats démontrent qu'il existe une bonne correspondance entre les services offerts et les besoins en santé de la collectivité, et que les indicateurs des résultats obtenus chez les patients sont dûment surveillés, entre autres dimensions évaluées.

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.

Des résultats favorables ont également été obtenus pour l'item *Équipe intersectorielle*. 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.

Enfin, la *Participation de la collectivité* a été évaluée de manière favorable par les infirmières du QC rural. Elles étaient d'accord pour dire que les membres de la collectivité sont traités comme des partenaires lorsque vient le moment de prendre des décisions sur les changements touchant la prestation des services de santé, et que leur lieu de travail consulte les membres de la collectivité au sujet des services de santé dont ils ont besoin.

Veuillez prendre note que 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 Québec 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 Québec est représentatif de l'ensemble des infirmières du QC rural; avec une confiance de 99 %, l'échantillon des IP travaillant en milieu rural est représentatif de l'ensemble des IP du QC rural; et, avec une confiance de moins de 85 %, les échantillons distincts des IA et des IAA travaillant en milieu rural au Québec 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 hommes étaient sous-représentés 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.

## Résumé

---

En 2015, 9,5 % de la main-d'œuvre infirmière réglementée au Québec se trouvaient dans les régions rurales de la province, où habitaient 19 % de la population (ICIS, 2016a). Cela représente une légère baisse par rapport à 2010, quand 12 % des infirmières du Québec prenaient soin de 20 % de la population (Pitblado, Koren, MacLeod, Place, Kulig et Stewart, 2013). Bien qu'il s'agisse d'un léger changement à survenir au cours des 5 dernières années, il est conforme à la tendance manifeste observée depuis 15 ans, en particulier pour ce qui est des IA travaillant en milieu rural (ICIS, 2002).

De façon générale, comparativement aux infirmières des régions rurales du Canada, celles du Québec sont plus jeunes et plus nombreuses à travailler dans les hôpitaux plutôt que dans d'autres milieux de travail. Cette observation relative à l'âge peut refléter une difficulté de maintenir une expertise dans les régions rurales et éloignées. Un autre élément important à noter est qu'une plus grande proportion d'infirmières en région rurale du Québec occupait des postes permanents, à temps plein ou à temps partiel.

La grande majorité des infirmières en région rurale au Québec travaillait au chevet des patients. Environ la moitié des IA du QC rural avaient comme plus haut titre de compétences un diplôme en soins infirmiers ou un baccalauréat en sciences infirmières, ce qui est semblable à la proportion observée chez les IA travaillant en milieu rural dans l'ensemble du Canada, et toutes les IAA du QC rural étaient titulaires d'un diplôme, ce qui, encore une fois, est semblable à ce qu'on observe pour les IAA en milieu rural dans l'ensemble du Canada.

Les trois facteurs de recrutement considérés comme étant les plus importants pour les infirmières en région rurale du Québec étaient aussi les principaux facteurs de rétention. Il s'agissait de la famille ou des amis, du mode de vie et de l'intérêt pour le cadre de pratique. Plus du tiers des infirmières du QC rural ont indiqué que les facteurs suivants pourraient les inciter à continuer de travailler dans une collectivité rurale : recevoir une prime annuelle en argent, avoir la possibilité de mettre à jour leurs compétences et leurs connaissances et avoir l'occasion d'exploiter davantage leurs compétences.

Bien que la majorité des infirmières travaillant en région rurale au Québec aient indiqué qu'elles effectuaient des tâches se situant à l'intérieur du cadre de leur pratique autorisée, une plus grande proportion d'IP et d'IA du QC rural que d'IP et d'IA du Canada rural ont indiqué qu'elles accomplissaient des tâches se situant au-delà du cadre de leur pratique autorisée.

Les infirmières travaillant dans les régions rurales du Québec 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.

## Références

---

- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2002). *The Supply and Distribution of Registered Nurses in Rural and Small Town Canada, 2000*. <http://www.unbc.ca/rural-nursing>
- 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](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](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. (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>

### **Références additionnelles :**

- 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>
- Place, J., MacLeod, M., Kilpatrick, K. & Pitblado, R. (June, 2014). *Nursing Practice in Rural and Remote Quebec: An Analysis of CIHI's Nursing Database*. Prince George, BC: Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-01-6. <http://www.unbc.ca/rural-nursing>

### **Pour citer ce rapport de faits saillants :**

- Kilpatrick, K., Jonatansdottir, S., Kosteniuk, J., Olynick, J., Mix, N., Garraway, L., & MacLeod, M. (Avril, 2017). *Faits saillants de l'enquête – Québec : Pratique infirmière dans les régions rurales et éloignées du Canada II*. Prince George, BC: Nursing Practice in Rural and Remote Canada II. RRN2-04-06.

### **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](mailto:rrn@unbc.ca); <http://www.unbc.ca/rural-nursing>

## Annexe A : Champ de pratique : infirmières des régions rurales du Québec et du Canada

	IP rural		IA rural		IAA rural	
	QC % (n=24)	Canada % (n=163)	QC % (n=175)	Canada % (n=2082)	QC % (n=115)	Canada % (n=1370)
<b>Promotion de la santé, prévention et santé de la population</b>						
Prise en charge de maladies chroniques	83.3	90.8	61.1	62.7	63.5	74.9
Programmes de santé mère/enfant/famille	66.7	70.6	42.3	35.2	26.1	18.0
Programmes de modification des habitudes de vie	87.5	83.4	50.3	50.7	35.7	50.1
Programmes de santé publique/santé de la population	62.5	68.7	50.9	43.4	31.3	32.3
Programmes de santé mentale	45.8	44.2	31.4	30.4	33.0	32.4
Programmes de développement des collectivités et programmes individuels de renforcement des capacités en santé	25.0	31.9	13.7	17.7	15.7	12.6
Prévention de la maladie/des blessures	50.0	45.4	33.7	38.4	40.9	47.4
Aucun de ces services	0.0	2.5	21.1	21.8	24.3	17.3

<b>Évaluation</b>	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
Historique complet (anamnèse) et examen physique	58.3	87.1	34.9	59.6	15.7	68.5
Historique et examen physique axés sur un trouble ou un état en particulier	75.0	92.6	55.4	70.3	7.8	61.4
Évaluation de la santé des nourrissons et des enfants	58.3	77.3	21.1	32.3	2.6	12.5
Évaluation de la santé des personnes âgées	70.8	83.4	56.6	61.2	51.3	79.7
Évaluation familiale	37.5	44.2	17.1	25.0	3.5	16.9
Évaluation communautaire	16.7	17.8	14.9	16.2	1.7	10.6
Évaluation de la santé mentale	50.0	76.7	29.1	40.7	11.3	34.3
Évaluation/examen en cas d'agression sexuelle	12.5	31.3	6.9	19.4	0.9	5.0
Évaluation de tierce partie	29.2	69.3	6.3	18.7	1.7	8.6
Autre évaluation	4.2	3.1	4.6	2.5	1.7	0.9
Aucune de ces évaluations	4.2	2.5	10.3	10.7	43.5	10.8

<b>Prise en charge thérapeutique</b>	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
Administration de médicaments par voies orale, sous-cutanée, intramusculaire et topique, ou par inhalation	66.7	74.8	70.9	80.0	80.0	89.5
Distribution des médicaments	37.5	47.9	41.1	54.2	75.7	63.8
Gestion de la pharmacie	25.0	25.8	28.0	25.3	23.5	15.8
Prescription de médicaments de manière indépendante	50.0	81.0	11.4	7.8	8.7	3.3
Prescription de médicaments suivant des protocoles ou des lignes directrices	45.8	37.4	54.3	29.5	22.6	11.5
Autres responsabilités ayant trait aux médicaments	12.5	9.2	4.0	8.3	1.7	5.8
Aucune de ces tâches	4.2	3.1	17.1	14.8	17.4	8.6

<b>Analyses de laboratoire</b>	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
Prise et traitement des demandes d'analyses de laboratoire	37.5	27.0	58.3	64.5	38.3	61.2
Prescription d'analyses de laboratoire	66.7	89.6	32.0	37.4	24.3	28.5
Obtention d'un prélèvement ou d'un échantillon en vue des analyses de laboratoire	62.5	55.2	57.1	57.3	59.1	57.0
Réalisation et analyse sur place des épreuves de laboratoire	37.5	40.5	20.0	29.8	19.1	19.7
Interprétation des résultats d'analyses de laboratoire et d'épreuves diagnostiques	79.2	90.2	40.6	46.2	7.0	24.5
Aucune de ces tâches	4.2	3.1	23.4	19.6	27.8	18.4



	IP rural		IA rural		IAA rural	
	QC % (n=24)	Canada % (n=163)	QC % (n=175)	Canada % (n=2082)	QC % (n=115)	Canada % (n=1370)
<b>Épreuves diagnostiques</b>						
Prise et traitement des demandes d'épreuves diagnostiques avancées	16.7	19.0	21.7	46.4	7.0	41.1
Prescription d'épreuves diagnostiques avancées	54.2	60.7	11.4	8.1	8.7	7.6
Réalisation d'épreuves diagnostiques avancées	16.7	40.5	4.0	1.6	3.5	1.3
Interprétation et suivi des résultats d'épreuves diagnostiques avancées	37.5	73.0	10.9	13.3	4.3	6.1
Aucune de ces tâches	41.7	18.4	68.6	49.2	84.3	55.8

	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
<b>Imagerie diagnostique</b>						
Prise et traitement des demandes d'exams d'imagerie diagnostique	8.3	20.2	20.0	53.7	6.1	48.3
Prescription d'exams d'imagerie diagnostique de routine	45.8	84.7	10.9	25.7	6.1	16.9
Prescription d'exams d'imagerie diagnostique avancés	4.2	48.5	2.9	5.9	3.5	7.4
Réalisation des exams d'imagerie diagnostique	4.2	10.4	4.0	8.8	.9	0.9
Interprétation et suivi des résultats d'exams d'imagerie diagnostique	41.7	71.8	5.1	14.3	1.7	3.3
Aucune de ces tâches	50.0	11.7	73.7	39.0	91.3	46.4

	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
<b>Diagnostic et aiguillage des patients</b>						
Suivre les protocoles ou utiliser des outils d'aide à la décision pour élaborer un plan de soins	50.0	49.1	68.0	76.3	44.3	74.3
De manière indépendante, poser un diagnostic infirmier d'après les données d'évaluation	79.2	71.2	60.0	65.9	7.0	36.4
De manière indépendante, poser un diagnostic médical d'après les données d'évaluation	41.7	82.8	2.9	11.0	2.6	2.8
De manière indépendante, orienter les patients vers d'autres professionnels de la santé	66.7	86.5	45.7	47.7	12.2	28.5
De manière indépendante, orienter les patients vers des médecins spécialistes	20.8	72.4	7.4	11.0	5.2	4.7
Certifier l'état mental des patients aux fins d'internement	0.0	14.1	1.7	6.8	2.6	0.9
Prononcer le décès	8.3	35.0	3.4	42.7	0.0	22.9
Aucune de ces tâches	16.7	4.9	20.6	12.6	51.3	20.2

	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
<b>Soins et transport d'urgence</b>						
Organiser le transport médical urgent ou imminent	20.8	39.9	36.0	52.0	9.6	35.5
Offrir des soins durant le transport médical urgent ou imminent	25.0	33.1	25.7	35.4	21.7	19.6
Répondre aux appels d'urgence en tant que premier répondant et leader	12.5	19.6	9.1	17.8	9.6	10.9
Répondre aux appels d'urgence de recherche et sauvetage en région rurale, éloignée ou sauvage en tant que leader	12.5	6.7	2.9	5.4	2.6	1.8
Aucune de ces tâches	58.3	50.3	55.4	41.3	66.1	52.8

Leadership	IP rural		IA rural		IAA rural	
	QC %	Canada %	QC %	Canada %	QC %	Canada %
Supervision/mentorat d'étudiants en soins infirmiers	41.7	68.7	56.0	66.6	19.1	56.6
Supervision/mentorat de collègues infirmiers	45.8	55.2	50.3	61.2	13.0	31.9
Supervision/mentorat d'étudiants interprofessionnels	33.3	35.6	6.9	19.6	4.3	8.5
Supervision/mentorat de collègues interprofessionnels	16.7	20.9	5.1	15.2	4.3	6.3
Leadership d'un service ou d'un quart de travail dans un contexte de pratique	29.2	16.6	34.3	47.2	22.6	30.7
Leadership d'une équipe de soins de santé interdisciplinaire	12.5	24.5	16.0	21.8	2.6	11.6
Leadership d'un groupe communautaire	12.5	15.3	5.7	10.1	0.9	2.0
Aucune de ces activités	29.2	14.7	25.1	12.7	54.8	27.4