Renforcement de la capacité en soins infirmiers de santé communautaire et de santé publique :

Rapport de synthèse de la *National Community Health Nursing Study*

Jane M. Underwood, infirmière autorisée, MBA¹, David L. Mowat, MBChB, FRCPC²,
Donna M. Meagher-Stewart, infirmière autorisée, Ph.D.³, Raisa B. Deber, Ph.D.⁴,
Andrea O. Baumann, infirmière autorisée, Ph.D.¹, Mary B. MacDonald, infirmière autorisée, maîtrise en éducation continue⁵,
Noori Akhtar-Danesh, Ph.D.¹, Bonnie M. Schoenfeld, infirmière autorisée, M.Sc.⁵,
Donna K. Ciliska, infirmière autorisée, Ph.D.⁶, Jennifer M. Blythe, Ph.D.¹,
Mélanie Lavoie-Tremblay, infirmière autorisée, Ph.D.⁷, Anne S. Ehrlich, infirmière autorisée, M.Sc.S.¹,
Kristin M. Knibbs, infirmière autorisée, maîtrise en soins infirmiers⁵,
Valerie J. Munroe, infirmière autorisée, M.Sc. (soins infirmiers de santé communautaire)⁸

RÉSUMÉ

Objectifs : 1) Décrire l'effectif infirmier de santé communautaire au Canada; 2) Comparer, dans les compétences politiques et les secteurs de la santé communautaire, les éléments qui aident les infirmières et les infirmiers de santé communautaire à travailler de manière efficace ou qui les empêchent de le faire; 3) Définir les caractéristiques organisationnelles qui aident les membres d'un sous-secteur communautaire – infirmières et infirmiers de santé publique – à mettre en pratique la totalité de leurs compétences.

Méthodes : Notre étude comprenait une analyse des bases de données de soins infirmiers de l'Institut canadien d'information sur la santé (1996-2007), une étude menée auprès de plus de 13 000 infirmières et infirmiers de santé communautaire au Canada et 23 groupes de discussion composés de décideurs en santé publique et d'infirmières et d'infirmiers de santé publique de première ligne.

Résultats : En 2007, plus de 53 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés travaillaient en santé communautaire au Canada, soit environ 16 p. 100 de l'ensemble de l'effectif infirmier. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire étaient en moyenne plus âgés que les autres de leur profession. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire travaillent habituellement dans les centres de santé communautaire, à domicile et dans les unités ou les services de santé publique.

Pour effectuer leur travail de manière efficace, les infirmières et infirmiers de santé communautaire doivent avoir confiance en leurs compétences professionnelles, entretenir de bonnes relations en sein de leur équipe, travailler dans des milieux de travail favorables et obtenir le soutien communautaire. La plupart des infirmières et des infirmiers avaient confiance en leurs compétences et entretenaient de bonnes relations avec les autres infirmières et infirmiers ainsi que professionnels, quoique moins souvent avec les médecins. Ils avaient des opinions différentes relativement au salaire et à la sécurité d'emploi, et la plupart d'entre eux auraient aimé avoir plus de possibilités d'apprentissage, de renseignements sur les politiques et les pratiques ainsi que d'occasions de faire le bilan de leur travail. Ils désiraient que leur collectivité déploie de plus grands efforts pour s'occuper des déterminants sociaux de la santé et pour fournir des ressources de qualité.

Certains facteurs doivent être réunis pour assurer la réussite des soins infirmiers de santé publique : une politique gouvernementale solide, une culture organisationnelle favorable et de bonnes pratiques de gestion. Parmi les caractéristiques organisationnelles considérées comme des mesures de soutien favorables à un travail optimal, soulignons la flexibilité du financement, de la conception des programmes et des descriptions de travail; une vision organisationnelle précise axée sur les valeurs partagées et les besoins communautaires; la planification coordonnée de la santé publique entre les compétences; une direction solide qui fait ouvertement la promotion de la santé publique, qui attache de l'importance au travail du personnel et qui investit dans l'éducation et la formation.

Conclusion : L'utilisation interchangeable et non uniforme des titres des infirmières et des infirmiers de santé communautaire et de leurs employeurs fait en sorte qu'il est difficile de discerner les différences au sein de ce secteur, comme les soins à domicile, la santé publique, etc. Nos études ont également permis de constater que les infirmières et les infirmiers de santé communautaire :

- travaillent dans des milieux où ils partagent la vision et les buts de leur organisme et travaillent en collaboration dans une ambiance qui incite à l'action et qui favorise l'autonomie;
- travaillent bien ensemble, mais ont besoin de temps, de financement flexible et de soutien de la part de la direction pour créer des liens avec la collectivité et leurs clients, et pour former des équipes avec d'autres professionnels;
- pourraient maintenir leurs compétences et leur confiance en leurs aptitudes professionnelles en ayant davantage accès à de la formation continue, aux politiques, aux données probantes et aux séances de bilan.

Mots clés : Soins infirmiers de santé communautaire; soins infirmiers de santé publique; profil démographique; facteurs favorables à la prestation des soins infirmiers; le Canada

Affiliations des auteurs

1. Nursing Health Services Research Unit, Université McMaster, Hamilton (Ontario)
2. Peel Public Health, Brampton (Ontario)
3. Université Dalhousie, Halifax (Nouvelle-Écosse)
4. Université de Toronto, Toronto (Ontario)
5. Université de la Saskatchewan, Saskatoon (Saskatchewan)
6. School of Nursing, Université McMaster, Hamilton (Ontario)
7. Université McGill, Montréal (Québec)
8. Vancouver Coastal Health, Vancouver (Colombie-Britannique)

Correspondance et autorisation de reproduction : Jane Underwood, Nursing Health Services Research Unit, Université McMaster, MDCL 3500, 1200, rue Main Ouest, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5, téléc. : 905-339-3258, courriel : undrwood@mcmaster.ca

Remerciements : Nous désirons remercier les membres de notre équipe de recherche pour avoir guidé les activités de l'étude. D' David Butler-Jones, administrateur en chef de la santé publique du Canada; Audrey Laporte, Université de Toronto; Sandra MacDonald-Rencz, directrice générale, Bureau de la politique des soins infirmiers, Santé Canada; Barbara Oke, retraitée, directrice générale, Bureau des services de soins infirmiers, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; Susan Matthews, Système de santé de Niagara; Lynnette Leeseberg Stamler, Association canadienne des écoles de sciences infirmières; Rosemarie Goodyear,

Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire; D' Cory Neudorf et D' Steven Whitehead, région sanitaire de Saskatoon; Paul Fisher et Chris Bailey, Conseil canadien de réglementation des soins infirmiers auxiliaires; Ron Wall, Agence de la santé publique du Canada; D' John Blatherwick, retraité, Vancouver Coastal Health; Lynn Jobin, Direction générale de la santé publique du Québec; Valerie St. John, Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique.

Nous remercions les personnes suivantes, qui ont contribué à la préparation du présent rapport : Suzanne Ross, consultante en politique de santé; Maureen Best, Mount Royal College; Penny Nelligan, consultante en santé publique; Mary Crea et Alina Dragan, coordonnatrices de la recherche; Rebecca Ganann, étudiante au doctorat.

Les organismes suivants ont financé la présente recherche : Fondation canadienne de recherche sur les services de santé; Agence de la santé publique du Canada; Santé Canada (Division des stratégies en matière de ressources humaines en santé; Bureau de la politique des soins infirmiers; Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits); Ministry of Health Services de la Colombie-Britannique (Nursing Directorate; Communicable Diseases and Addictions Prevention Branch); Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit; Vancouver Coastal Health. La reconnaissance de la contribution financière de ces organismes ne sous-entend pas l'approbation des résultats ou de l'analyse.

La façon dont les soins de santé sont offerts a profondément changé au cours des vingt dernières années, et elle continuera de changer. La population vieillissante du Canada exerce beaucoup de pression sur les soins de santé, sans oublier l'augmentation subite des maladies chroniques, qui nécessitera des efforts de prévention et de gestion communautaire pour éviter que les gens aient recours à des soins de courte durée. Notre compréhension grandissante des déterminants sociaux de la santé nous a permis de constater que les fournisseurs de soins de santé doivent travailler avec des gens de différents niveaux s'ils désirent améliorer la santé globale des Canadiens et des Canadiennes¹.

Pendant ce temps, la hausse des coûts associés aux lits d'hôpitaux et d'établissements de soins de longue durée, les progrès médicaux et les nouvelles attitudes à l'égard des soins influencent la demande quant à l'amélioration des soins à domicile, de la santé publique, des soins primaires et d'autres services de soins communautaires. Ce passage à la santé communautaire exige une planification rigoureuse des ressources humaines pour assurer la disponibilité d'un personnel suffisamment qualifié pour offrir les services ainsi que l'utilisation optimale de l'effectif. Les soins infirmiers ont toujours fait partie intégrante des soins communautaires, et l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) prévoit que 60 % des infirmières et infirmiers travailleront dans la collectivité d'ici 2020². En approfondissant des questions précises associées aux soins infirmiers de santé communautaire, la présente étude exploite les données probantes de l'AIIC relativement aux solutions pour éliminer la pénurie d'infirmières et d'infirmiers, qui « ne tenaient pas compte des variations de productivité des fournisseurs entre les différents milieux de soins de santé »³ (p. 1 de la version anglaise) [traduction].

« Infirmière de santé communautaire » ou « infirmier de santé communautaire » est le titre courant utilisé pour décrire les infirmières et les infirmiers qui travaillent en dehors des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée. Malgré la diversité des emplois en soins infirmiers de santé communautaire, certaines compétences, connaissances et attitudes sont communes à chacun d'entre eux⁴. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire ont d'une façon générale convenu de leurs rôles⁵⁻⁹. L'Agence de la santé publique du Canada a précisé davantage les compétences de base nécessaires pour offrir des services de santé publique¹⁰. Toutefois, il se peut que les infirmières et les infirmiers ne soient pas en mesure de respecter les normes qu'ils se fixent si les organismes pour lesquels ils travaillent n'appuient pas suffisamment leur travail. Par contre, le soutien des infirmières et des infirmiers pour les inciter à travailler plus efficacement devrait permettre d'utiliser plus efficacement le financement, d'améliorer les résultats des programmes de santé communautaire et de santé publique (car les infirmières et les infirmiers représentent le plus grand groupe d'employés en santé publique¹¹) et d'empêcher la hausse des maladies et des blessures. Il pourrait également s'agir d'une étape importante pour encourager les gens à prendre le contrôle de l'amélioration de leur propre santé.

Objectifs de la recherche

Il faut recueillir des données solides pour établir un effectif infirmier efficace en soins de santé communautaire et créer des emplois stimulants qui mettent à profit l'ensemble de la formation et de l'expérience des infirmières et des infirmiers. Toutefois, peu de recherches ont été effectuées sur les infirmières et les infirmiers de santé communautaire, peut-être parce que les soins infirmiers communautaires sont de nature diffuse et variée et qu'ils sont offerts dans

Figure 1. Infirmière ou infirmier de santé communautaire : une définition fondée sur les catégories de soins infirmiers de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

L'ensemble des infirmiers et infirmières que l'ICIS catégorise dans les sous-secteurs de lieux de travail communautaires suivants :

- Centre de santé communautaire
- Agence de soins à domicile
- Poste de soins infirmiers (poste éloigné ou clinique)
- Santé publique (depuis 2006, si disponible)

+

L'ensemble des infirmiers et infirmières que l'ICIS catégorise dans les sous-secteurs de lieux de travail suivants :

- Cabinet de médecin/unité de médecine familiale
- Entreprise/industrie/santé au travail

+

L'ensemble des infirmiers et infirmières que l'ICIS catégorise dans les sous-secteurs suivants, que ce soit dans le domaine des soins communautaires, hospitaliers ou à long terme :

- Agence privée de soins infirmiers
- Établissement d'enseignement
- Association/gouvernement
- Travailleur autonome
- Autre

À condition que leur sphère de responsabilités soit dans l'un des domaines suivants :

- Santé communautaire
- Soins à domicile
- Soins ambulatoires
- Santé au travail
- Santé publique

des milieux diversifiés comme des foyers, des écoles, des refuges, des églises, des centres de santé communautaire et dans la rue. De plus, le travail est effectué par des équipes multisectorielles⁴. En comparaison avec les soins infirmiers prodigués dans de grands organismes structurés, les soins infirmiers communautaires peuvent donc être plus difficiles à définir et à étudier.

La présente étude visait à répondre à certaines questions sur l'effectif infirmier de santé communautaire et les conditions qui permettent aux infirmières et aux infirmiers de santé communautaire d'effectuer leur travail de manière efficace. Nos objectifs précis (et les projets correspondants) étaient les suivants :

1. Décrire et analyser les caractéristiques démographiques et la distribution des infirmières et des infirmiers de santé communautaire au Canada – selon le nombre, le milieu de travail, l'âge, la situation d'emploi, l'éducation, le sexe, le poste et la province ou le territoire.
2. Comparer, dans les compétences politiques et les secteurs de la santé communautaire, les éléments qui aident les infirmières et les infirmiers de santé communautaire à utiliser l'ensemble de leurs compétences ou qui les empêchent de le faire.
3. Définir les caractéristiques organisationnelles qui aident les infirmières et les infirmiers de santé publique (un sous-groupe des

Tableau 1. Participation aux groupes de discussion sur la santé publique

Région géographique	Groupes de discussion				Total des participants (n=23)
	Première ligne – région rurale/éloignée (n=7)	Première ligne – région urbaine (n=5)	Décideurs/gestionnaires – région rurale/éloignée (n=6)	Décideurs/gestionnaires – région urbaine (n=5)	
Atlantique	7	8	7	9	31
Québec	4	4	2	3	13
Ontario	8	8	8	8	32
Prairies	9	11	9	5	34
Colombie-Britannique	6	7	7	4	24
Nord	9+4 (2 séances)	n/a	9	s.o.	22
Total des participants	47	38	42	29	156

infirmières et des infirmiers de santé communautaire) à mettre en pratiques la totalité de leurs compétences.

Le présent rapport fait la synthèse des résultats des documents de travail conçus pour les trois projets de recherche menés dans le cadre de cette étude¹²⁻¹⁴.

MÉTHODES

Nous avons utilisé diverses méthodes dans le cadre de la présente étude, dont une analyse démographique, un sondage et des groupes de discussion, ainsi qu'une définition globale des soins infirmiers de santé communautaire (voir la figure 1). Nous avons obtenu l'approbation éthique de l'Université McMaster, des organismes de réglementation des soins infirmiers qui nous ont donné accès à leurs membres aux fins du sondage, ainsi que des employeurs qui ont encouragé la participation aux groupes de discussion.

Analyse démographique

Nous avons examiné les données sur l'inscription annuelle des infirmières et des infirmiers recueillies par les organismes de réglementation provinciaux et territoriaux et rassemblées par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). La fréquence des variables, dont l'âge, le niveau de scolarité, le ressort territorial, le sexe et le poste, a été comparée à l'ensemble de la population des infirmières et des infirmiers du Canada et entre les sous-secteurs des soins infirmiers de santé communautaire, au moyen du logiciel statistique SAS. Notre analyse comprenait les données de l'ICIS de 1997 à 2007 pour les infirmières et les infirmiers autorisés, et de 2002 à 2007 pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés (les données pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés antérieures à 2002 ne peuvent être comparées en raison de changements méthodologiques)¹⁵. Nous avons également incorporé les résultats du profil démographique des 6 667 répondants dans le cadre de notre sondage.

Sondage

Nous avons utilisé le questionnaire sur les infirmières et les infirmiers de santé communautaire de la Nursing Health Services Research Unit (NHSRU CHN Questionnaire®)¹⁶ pour le sondage. Cet outil avait été conçu en Ontario en 2005, afin de mieux comprendre les facteurs favorables et les obstacles aux infirmières et aux infirmiers de santé communautaire relativement à la mise en pratique de la totalité de leurs compétences, comme l'ont déterminé 17 groupes de discussion composés d'infirmières et d'infirmiers de santé communautaire de première ligne provenant de huit secteurs de la santé communautaire ou des gestionnaires principaux qui leur sont associés. Le questionnaire, qui comprenait des questions d'ordre démographique et 69 énoncés pertinents pour les thèmes illustrés à la figure 2, offrait des choix de 1 à 5 sur des échelles de Likert (de « fortement en accord » à « fortement en désaccord »; de « toujours » à « jamais »). Dans le cas

de certaines questions, il était possible de répondre « ne s'applique pas ». « Le questionnaire a d'abord été mis à l'essai par des experts cliniques et universitaires en soins infirmiers de santé communautaire afin de vérifier la validité du contenu, puis il a été revu et remis à l'essai par un groupe de personnes aux compétences semblables. Le premier examen du contenu a donné lieu à un indice de validité du contenu de 0,826. Après la révision de l'instrument, le deuxième examen du contenu a donné lieu à un indice de 0,988. La mesure de la cohérence interne a donné lieu à un coefficient alpha global de 0,948. Tous les énoncés ont été conservés, car les suppressions n'apportaient pas de changements importants aux coefficients alphas. La vérification de la fiabilité au moyen de la méthode test-retest a donné lieu à un coefficient global de corrélation intraclass de 0,947 (p. 30)¹⁶ » [traduction].

Toutes les infirmières et tous les infirmiers qui se disent des infirmières et des infirmiers de soins de santé communautaire, qu'il s'agisse de personnel de première ligne ou de direction, et qui ont accepté de participer à la recherche sur leur formulaire d'inscription annuelle étaient admissibles à l'étude. Le sondage était offert en anglais, en français et en inuktitut. Un échantillon aléatoire stratifié par province et territoire de 13 772 infirmières et infirmiers de santé communautaire (10 358 infirmières et infirmiers autorisés et 3 414 infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés) a été choisi en fonction d'un taux de réponse approximatif de 60 % pour l'Ontario et de 50 % pour les autres provinces et territoires, avec un intervalle de confiance de 95 %. En Ontario, nous avons fait un échantillonnage simple au hasard pour chaque sous-secteur communautaire, à l'exception de la santé publique. Nous avons interrogé toutes les infirmières et tous les infirmiers de santé publique de l'Ontario pour une analyse en profondeur. Nous avons utilisé le protocole en quatre étapes fondé sur des données scientifiques de Dillman pour la distribution du questionnaire¹⁷.

Des statistiques descriptives sont consignées pour les caractéristiques démographiques des participants et leurs réponses au questionnaire. À la suite de l'analyse factorielle exploratoire initiale des réponses de l'Ontario, nous avons effectué une analyse factorielle confirmatoire pour les données nationales. La cohérence interne de chaque facteur a été vérifiée au moyen du coefficient alpha de Cronbach. Les facteurs et les questions indépendantes ont été analysés au moyen d'analyses de variance et de tests de Tukey ultérieurs unidimensionnels ou de tests non paramétriques de Kruskal-Wallis et de Mann-Whitney. Nous avons analysé les réponses pour compenser le suréchantillonnage en Ontario, ainsi que les tailles de population et les taux de réponse différents dans les provinces et les territoires.

Groupes de discussion

En raison des contraintes de financement et de temps, nous sommes concentrés sur un sous-secteur communautaire – les infirmières

Tableau 2. Comparaison entre les infirmières et infirmiers autorisés et les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés de santé communautaire et les autres secteurs de la santé (de 2002 à 2007)

Secteur de la santé	Infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (%) ¹⁴					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Collectivité	16,1	15,7	15,8	15,6	15,8	16,3
Hôpitaux/soins de longue durée/autre/non indiqué	83,9	84,3	84,2	84,4	84,2	83,7
Total (n)	291 016	304 480	310 000	316 174	320 248	327 670

et les infirmiers de soins de santé publique – pour obtenir un portrait plus détaillé. Nous avons organisé 23 groupes de discussion d'un total de 156 employés de la santé publique provenant de régions urbaines, rurales et éloignées du Canada : douze groupes d'infirmières et d'infirmiers de première ligne et onze groupes combinés de décideurs et de gestionnaires (tableau 1). Les infirmières et les infirmiers ou les décideurs et les gestionnaires qui ont travaillé à la prévention et à la promotion de la santé dans des organismes axés sur la santé publique étaient admissibles à l'étude. Les participants provenaient de toutes les provinces et de tous les territoires, et les groupes étaient regroupés en six régions géographiques (Colombie-Britannique, Prairies, Nord du Canada, Ontario, Québec et Canada atlantique).

Nous avons utilisé une approche d'analyse positive (*appreciative inquiry approach*) dans les groupes de discussion afin de déterminer les caractéristiques organisationnelles qui favorisent l'offre de soins infirmiers de santé publique optimaux¹⁸⁻²⁰. L'analyse positive consiste à renforcer les points forts plutôt qu'à tenter de trouver des solutions à ce qui ne fonctionne. Nous avons donc demandé aux participants de penser à une intervention réussie des infirmières et des infirmiers de santé publique et aux facteurs qui ont contribué à cette réussite. Après des discussions en petits groupes, les participants ont noté les caractéristiques organisationnelles qui ont contribué à leurs expériences positives.

Dans le cadre des groupes de discussion, nous avons fait l'analyse qualitative des commentaires en trois étapes, en commençant par un processus de groupe nominal inspiré de la méthode de l'Institute for Cultural Affairs²¹. Les groupes ont discuté des énoncés qu'ils avaient écrits; clarifié les significations, les idées et les interprétations; effectué une analyse thématique. Puis, nous avons utilisé les procédures établies pour l'analyse thématique²² afin de rassembler, d'organiser, d'analyser et de comparer les résultats des quatre catégories de groupes de discussion (infirmières et infirmiers de première ligne en région urbaine, infirmières et infirmiers de première ligne en région rurale/éloignée, décideurs et gestionnaires en région urbaine, décideurs et gestionnaires en région rurale/éloignée). Enfin, nous avons travaillé avec les décideurs de notre équipe de recherche pour préciser les thèmes déterminés, en mettant l'accent sur les principaux messages et les principales recommandations.

RÉSULTATS

Qui sont les infirmières et les infirmiers de santé communautaire du Canada?

Offre

L'effectif infirmier de santé communautaire est composé d'infirmières et d'infirmiers autorisés (y compris des infirmières et des infirmiers praticiens) et d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés. Au moyen des définitions de la figure 1, la proportion de l'offre totale d'infirmières et d'infirmiers autorisés et d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés travaillant dans la communauté était d'environ 16 % de 2002 à 2007 (tableau 2). Bien que l'offre d'infirmières et d'infirmiers autorisés de santé communautaire soit passée graduellement de 34 696 travailleurs en 1996 à 46 273 travailleurs en 2007, le rapport entre les infirmières et infirmiers de santé communautaire et l'offre

totale d'infirmières et d'infirmiers a atteint son maximum en 2001, pour ensuite diminuer légèrement jusqu'en 2006 (tableau 2). En 2007, un plus grand nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés travaillaient dans la communauté, comparativement aux infirmières et aux infirmiers auxiliaires autorisés (46 273 contre 7 131). Seulement 10 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés du Canada travaillaient dans la communauté, comparativement à 18 % des infirmières et des infirmiers autorisés. De 2003 à 2007, le nombre d'infirmières et d'infirmiers praticiens travaillant dans la communauté a plus que doublé (il est passé de 349 à 739).

Contexte de pratique

Selon la base de données de l'ICIS, la plupart des infirmières et des infirmiers autorisés travaillaient dans des centres de santé communautaire* ou à domicile. D'un autre côté, les répondants à notre sondage ont déterminé 16 sous-secteurs communautaires différents (voir ci-dessous). Au cours des dix dernières années, le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés travaillant dans des centres de santé communautaire est passé de 38,5 % à 59 % du total des infirmières et des infirmiers autorisés dans la communauté (13 372 à 27 299). Cependant, le nombre d'infirmières et d'infirmiers autorisés de la plupart des autres sous-secteurs communautaires a subi une légère baisse¹⁵. La plupart des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés de santé communautaire travaillaient à domicile, mais leur nombre a diminué de 2002 à 2005, alors que le nombre d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés travaillant dans des centres de santé communautaire a augmenté. Le quart d'entre eux travaillaient dans des cabinets de médecin.

Âge

En moyenne, les infirmières et les infirmiers de santé communautaire étaient plus âgés que les autres de leur profession. En 2007, 28 % des infirmières et des infirmiers autorisés travaillant dans la communauté étaient âgés de plus de 55 ans (une hausse par rapport à 13 %, en 1996) et étaient plus âgés que l'ensemble des infirmières et des infirmiers autorisés (21 % étaient âgés de plus de 55 ans). Entre 1996 et 2007, le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers autorisés âgés de moins de 30 ans travaillant dans la communauté est passé de 9 % à 5 %. Dans l'ensemble de la profession, le groupe des travailleurs âgés de moins de 30 ans est demeuré relativement stable, à environ 10 %. La diminution du nombre de jeunes infirmières et infirmiers de santé communautaire était considérable, et cette diminution relative ne s'expliquait pas uniquement par le maintien en poste des infirmières et des infirmiers plus âgés.

On n'a observé que de petites différences entre la distribution selon l'âge des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés travaillant dans la communauté et ceux d'autres milieux, de 2002 à 2007. Cependant, en

* Les centres de santé communautaire diffèrent d'une province à l'autre. Toutefois, ils fournissent généralement des services de soins de santé primaires, de prévention des maladies et des blessures, de gestion des maladies chroniques et de développement communautaire, au moyen d'une approche de promotion de la santé de la population et d'une équipe multidisciplinaire. Les équipes comprennent souvent des médecins, des infirmières et infirmiers, des travailleurs sociaux, des diététistes, des conseillers et d'autres fournisseurs de soins de santé.

Figure 2. Facteurs favorables et obstacles à la mise en pratique des compétences des infirmières et des infirmiers de santé communautaire

Source : Baumann, A. et coll. *Better Data: Better Performance, Community Health Nursing in Ontario*, Hamilton (Ontario), Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit, 2006, p. 1616.

Tableau 3. Niveaux d'entente pour certains facteurs favorables du *NHSRU CHN Questionnaire*©

Facteur favorable à un travail efficace	Approuvé ou approuvé fortement (%)*	
	Inf. aut.	Inf. aux. aut.
Relations positives avec les autres infirmières et infirmiers	92	88
Les infirmières et infirmiers de santé communautaire ont accès aux politiques, aux procédures et aux renseignements à jour	85	87
Relations positives avec d'autres professionnels	86	83
L'employeur impose le respect de la norme de pratique	84	85
L'organisme a des infirmières et des infirmiers occupant des postes de direction clés	76	72
Les professionnels d'autres organismes communautaires respectent le jugement des infirmières et des infirmiers	76	69
Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire peuvent collaborer avec les services de soins à domicile	70	74
Relations positives avec les médecins	68	70
L'organisme a confiance en ses infirmières et ses infirmiers	64	73
Les infirmières et les infirmiers sont capables d'adapter les plans de soins	62	55
Les infirmières et les infirmiers ont une charge de travail équitable et sécuritaire	58	66
Relations positives avec les clients	53	66
L'organisme adopte une approche communautaire pour s'occuper des déterminants sociaux de la santé	47	42
Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire ont accès aux ressources en matière d'apprentissage	45	45

* Les pointages moyens de l'échelle de Likert inférieurs à 2,5 étaient considérés comme une approbation. Les pointages variaient de 1 (approuve fortement) à 5 (désapprouve fortement). Les réponses ont été pondérées pour s'adapter au suréchantillonnage en Ontario, aux différences relatives aux tailles des populations et aux taux de réponse dans les provinces et les territoires.

2007, le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés travaillant dans la communauté et âgés de plus de 60 ans était de 9,5 %, ce qui est plus élevé que dans tous les autres secteurs de la santé (7 %).

Situation d'emploi

En 2007, plus de 54 % des infirmières et des infirmiers autorisés de santé communautaire avaient des emplois à temps plein, alors que 31 % d'entre eux travaillaient à temps partiel. Notre sondage a indiqué que les infirmières et les infirmiers de santé publique étaient plus susceptibles de travailler à temps plein, alors que les infirmières et les infirmiers travaillant à domicile étaient plus susceptibles de travailler à temps partiel. Historiquement, les infirmières et les infirmiers autorisés de santé communautaire étaient légèrement plus susceptibles de travailler à temps plein que les infirmières et les infirmiers travaillant dans les hôpitaux. Toutefois, le rapport a été inversé en 2005. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire avaient une tendance légèrement plus grande à effectuer plus de travail occasionnel que de travail à temps partiel.

La base de données de l'ICIS a indiqué une hausse du nombre d'emplois à temps plein parmi les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés, en passant de 42 % en 2002 à 51 % en 2007. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés de tous les secteurs semblaient moins susceptibles de travailler à temps plein que les infirmières et les infirmiers autorisés, mais la situation d'emploi d'un pourcentage considérable d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires était considérée comme inconnue; ces estimations peuvent donc être inexactes. Dans l'ensemble, les infirmières et les infirmiers praticiens étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir des emplois à temps plein (60 %). Dans la communauté, le nombre d'emplois à temps plein pour les infirmières et les infirmiers praticiens est passé de 61 % en 2001 à 71 % en 2005, avec une baisse notable des emplois occasionnels et à temps partiel¹⁴.

Scolarité

Les infirmières et les infirmiers en santé communautaire avaient tendance à avoir un niveau de scolarité plus élevé que l'ensemble des

infirmières et des infirmiers. Les infirmières et les infirmiers autorisés travaillant dans la communauté étaient plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire que les infirmières et les infirmiers d'autres secteurs. Toutefois, l'écart est de moins en moins grand (il est passé du double en 1996 à 1,5 fois en 2007). Les infirmières et les infirmiers de santé publique étaient plus susceptibles d'avoir un diplôme (81 % des répondants au sondage en avaient un). Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés étaient légèrement plus susceptibles d'avoir un diplôme qu'un niveau d'équivalence. Les données de l'ICIS indiquent qu'entre 2001 et 2005, le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers praticiens de santé communautaire titulaires d'un diplôme avait diminué d'environ 18 %, alors que la proportion ayant un baccalauréat et un diplôme d'études supérieures a augmenté¹⁵. Le niveau de scolarité était semblable pour l'ensemble des infirmières et des infirmiers praticiens.

Sexe

Les infirmiers représentaient la minorité dans tous les secteurs, mais encore moins d'hommes occupaient des postes d'infirmiers de santé communautaire (4,4 % en soins de santé communautaire, comparativement à 6 % dans l'ensemble). En 2005, le pourcentage d'infirmiers praticiens était également plus faible que dans d'autres secteurs de la santé, ce qui représente un changement par rapport à 2001-2003¹⁵. Il y avait aussi une plus petite proportion d'infirmiers auxiliaires autorisés en santé communautaire (4,2 %) que dans d'autres secteurs de la santé (7,3 %).

Poste

En 2007, moins de 15 % des infirmières et des infirmiers autorisés occupant des postes d'infirmière ou d'infirmier en chef ou de chef de direction travaillaient dans la communauté – la plus faible proportion depuis 1996¹⁵. Cependant, plus de 50 % des infirmières-conseils et des infirmiers-conseils travaillaient dans la communauté, ce qui représente un passage de 30 % à 53 % pendant la période de dix ans de l'étude. Il n'y avait pas d'information sur les infirmières et les infirmiers cliniciens spécialisés, les infirmières et les infirmiers sages-femmes ainsi que les infirmières et les infirmiers praticiens, de 1996 à 2000. Le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés travaillant à la coordination et à la gestion de cas en milieu communautaire est passé de 20 % en 2002 à 33 % en 2007.

Quels sont les facteurs favorables et les obstacles à l'offre de soins infirmiers de santé communautaire efficaces?

Le taux de réponse global à notre sondage était de 57 % : 60 % des infirmières et des infirmiers autorisés (6 180) et 49 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés (1 659) ont répondu. Parmi les 7 839 réponses reçues, 1 172 réponses ne respectaient pas nos critères d'étude, ce qui signifie que nous n'avons pu utiliser que 6 667 réponses à des fins d'analyse. Le taux de réponse des infirmières et des infirmiers autorisés entre les provinces et les territoires variait de 42,6 % à 67 %. Dans le cas des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés, il variait de 25 % à 63,6 %.

Le profil démographique des répondants approchait celui de la cohorte nationale des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés, comme il a été susmentionné. Les répondants provenaient de 16 sous-secteurs communautaires différents². Les trois milieux de travail les plus souvent mentionnés par les infirmières et les infirmiers autorisés étaient les unités/services de santé publique (34 %), les organismes de soins à domicile/organismes de soins infirmiers à domicile (21 %) et les centres de santé communautaire/centres de santé (19 %). La plupart

des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés ont indiqué qu'ils travaillaient dans des organismes de soins à domicile et de soins infirmiers à domicile (35 %), puis dans des cabinets de médecin et des centres de santé communautaire (19 % dans les deux cas).

La figure 2 représente le cadre thématique découlant de notre analyse factorielle des réponses au sondage sur les facteurs qui influencent (aident ou empêchent) le travail des infirmières et des infirmiers de santé communautaire. Les résultats du sondage sont indiqués ci-dessous, pour les quatre principaux thèmes : confiance professionnelle, relations au sein de l'équipe, milieu de travail et contexte communautaire. Le tableau 3 dresse la liste des niveaux d'entente parmi les répondants pour certains facteurs favorables qui permettent aux infirmières et aux infirmiers d'utiliser la totalité de leurs compétences.

Confiance professionnelle

La plupart des infirmières et des infirmiers de santé communautaire ayant participé au sondage (95 % des infirmières et des infirmiers autorisés et 93 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés) ont affirmé avoir confiance en leur capacité à travailler de manière autonome, à faire part aux gestionnaires de leurs décisions concernant les clients et à encourager l'apport de changements aux programmes.

Relations au sein de l'équipe

Un peu plus de la moitié des infirmières et des infirmiers (53 %) et 66 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés considéraient que les relations entre les infirmières et les infirmiers et leurs clients étaient « solides » en ce qui a trait à la compréhension de leur rôle par les clients, au travail en partenariat et à la confiance envers les infirmières et les infirmiers de leur organisme. Par contre, 92 % des infirmières et des infirmiers autorisés et 88 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés étaient d'accord pour dire qu'ils entretenaient des relations efficaces avec les autres infirmières et infirmiers. La plupart des infirmières et des infirmiers (86 % des infirmières et des infirmiers autorisés, 83 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés) étaient également d'accord pour dire qu'ils entretenaient des relations efficaces avec d'autres professionnels en général. Cependant, les chiffres étaient inférieurs lorsqu'il était question de médecins : 68 % des infirmières et des infirmiers autorisés et 70 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés ont affirmé qu'ils entretenaient des relations efficaces avec les médecins (même si les réponses variaient d'une région à l'autre). Selon les résultats, les infirmières et les infirmiers autorisés travaillant dans des régions éloignées, principalement dans le Nord, entretiennent de meilleures relations que les autres infirmières et infirmiers avec les médecins. Les infirmières et les infirmiers de santé publique entretenaient des relations moins positives que les autres infirmières et infirmiers de santé communautaire avec les médecins.

Milieu de travail

Ressources matérielles : Y compris la sécurité d'emploi, le salaire et l'apport de soutien pour les déplacements et l'équipement. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire ont des perceptions variées quant à leur salaire et à leur sécurité d'emploi. Les infirmières et les infirmiers autorisés étaient plus susceptibles d'avoir l'impression d'être payés de manière équitable que les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés, et ils avaient également plus l'impression d'avoir une bonne sécurité d'emploi (la satisfaction quant au salaire et la perception de la sécurité d'emploi variaient d'une province ou d'un territoire à l'autre). Les infirmières et les infirmiers de santé

communautaire à temps plein avaient davantage l'impression d'avoir une bonne sécurité d'emploi que ceux qui occupaient des postes occasionnels. Les infirmières et les infirmiers autorisés à domicile avaient moins l'impression d'avoir une bonne sécurité d'emploi que les infirmières et les infirmiers praticiens, les infirmières et les infirmiers de santé publique ou les infirmières et les infirmiers en chef. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés à domicile étaient moins susceptibles d'avoir l'impression d'avoir une bonne sécurité d'emploi que ceux qui occupaient des postes de coordination, de gestion de cas ou de consultation.

Dans la plupart des cas, les infirmières et les infirmiers de santé communautaire étaient rémunérés pour leurs déplacements, et l'équipement dont ils avaient besoin leur était fourni. Seulement 13 % des infirmières et des infirmiers de santé communautaire ont affirmé que leur organisme ne fournissait pas l'équipement dont ils avaient besoin. Les infirmières et les infirmiers travaillant dans le Nord et dans des régions éloignées étaient plus susceptibles de se préoccuper de l'équipement que les infirmières et les infirmiers d'autres endroits au Canada.

Politiques en matière de ressources humaines : Pour des milieux d'apprentissage favorable, des charges de travail réalistes et des conditions de travail sécuritaires. Moins de la moitié des infirmières et des infirmiers de santé communautaire (45 %) considéraient qu'on leur offrait les possibilités d'apprentissage dont ils avaient besoin, qu'ils disposaient de suffisamment de temps et d'argent et qu'ils avaient accès de manière appropriée aux ressources d'apprentissage. Les infirmières et les infirmiers travaillant dans des régions éloignées étaient moins susceptibles d'avoir accès à des possibilités d'apprentissage. Les données variaient d'une province ou d'un territoire à l'autre, et les infirmières et les infirmiers autorisés offrant des services directs aux clients ont mentionné moins de possibilités d'apprentissage que les infirmières et les infirmiers en gestion. Les jeunes infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés étaient moins susceptibles de dire qu'ils avaient accès à des possibilités d'apprentissage, comparativement à ceux de plus de 40 années d'expérience en soins infirmiers.

Le quart des infirmières et des infirmiers de santé communautaire se sentaient dépassés et indiquaient qu'ils n'avaient pas suffisamment accès aux politiques, aux procédures, aux protocoles et aux renseignements à jour pour appuyer les soins aux clients, assurer le bien-être des employés et gérer les urgences éventuelles. Cependant, environ 90 % des infirmières et des infirmiers de santé communautaire pouvaient consulter un gestionnaire ou un conseiller en pratique pour parler des questions relatives aux clients. Près de 20 % des infirmières et des infirmiers de santé communautaire disaient que leur organisme ne leur transmettait pas d'information sur les récentes politiques gouvernementales qui concernent leur travail. Un autre quart de ceux-ci n'étaient pas certains de recevoir l'information. Les résultats indiquaient que les infirmières et les infirmiers de santé communautaire occupant des postes de première ligne avaient moins accès aux renseignements sur les politiques gouvernementales que ceux occupant des postes de gestion. Toutefois, les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés plus âgés étaient plus susceptibles de convenir qu'ils recevaient plus d'information sur les politiques que les jeunes.

Plus de la moitié des infirmières et des infirmiers de santé communautaire (58 %) considéraient que leur employeur leur donnait une charge de travail équitable. On a observé certaines différences d'une région ou d'un poste à l'autre. Les infirmières et les infirmiers autorisés qui occupaient des postes de coordination, de gestion de

cas ou dans des régions éloignées étaient moins susceptibles de dire qu'ils avaient une charge de travail équitable, comparativement à celle des infirmières-ressources et des infirmiers-ressources en soins cliniques, des éducateurs cliniques et des infirmières et des infirmiers d'établissement industriel.

Même s'il y avait des variations d'une région à l'autre, la grande majorité des infirmières et des infirmiers se sentaient en sécurité au travail (89 % des infirmières et des infirmiers autorisés et 93 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés) et disaient que leur employeur assurait un milieu de travail sécuritaire. Les infirmières et les infirmiers autorisés qui indiquaient des conditions de travail non sécuritaires travaillaient souvent dans des régions éloignées ou à domicile.

Soutien offert aux infirmières et aux infirmiers : Il est exprimé par le leadership de la profession infirmière, les occasions de compte rendu, la compréhension de la capacité des infirmières et des infirmiers de santé communautaire et la confiance envers celle-ci. La plupart des infirmières et des infirmiers autorisés (84 %) travaillaient pour des organismes dans lesquels les infirmières et les infirmiers occupaient des postes de direction clés et avaient l'impression que leurs dirigeants comprenaient leur travail et imposaient le respect de ses normes. Les infirmières et les infirmiers occupant des postes de gestion étaient encore plus d'accord pour dire que leurs dirigeants comprenaient leur travail. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires (66 %) étaient plus susceptibles que les infirmières et les infirmiers autorisés (51 %) d'affirmer que leur organisme comprenait leurs différents rôles. Selon les résultats, les infirmières et les infirmiers occupant des postes de direction connaissaient plus précisément les différents rôles que les autres infirmières et infirmiers de santé communautaire.

Plus de 40 % des infirmières et des infirmiers autorisés de santé communautaire manquaient d'occasions de discuter de questions cliniques ou relatives aux programmes avec leurs collègues ou leurs dirigeants. Les infirmières et les infirmiers à domicile, les infirmières et les infirmiers soignants, les infirmières et les infirmiers de santé publique, les coordonnateurs et les gestionnaires de cas avaient moins d'occasions de compte rendu que les autres.

La majorité des répondants (64 % des infirmières et des infirmiers autorisés et 73 % des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés) étaient d'accord pour dire que leur employeur et leurs gestionnaires faisaient preuve de confiance en leur capacité à exécuter leur rôle, reconnaissaient leurs réalisations et acceptaient leurs idées. Cela dit, les résultats indiquaient que les infirmières et les infirmiers en chef, les chefs de la direction et les directeurs faisaient plus confiance aux infirmières et aux infirmiers que ce que ces derniers avaient tendance à croire. De plus, les résultats indiquaient que les gestionnaires, les superviseurs et les administrateurs occupant des postes dans des régions éloignées avaient davantage l'impression que la haute direction leur faisait confiance, comparativement aux infirmières et aux infirmiers de première ligne.

Les trois quarts des infirmières et des infirmiers autorisés ayant répondu au sondage ont affirmé avoir la possibilité de varier le temps passé avec un client, alors que moins d'entre eux (62 %) avaient l'impression de pouvoir changer le plan de soins infirmiers. Les infirmières et les infirmiers soignants, les infirmières et les infirmiers travaillant dans des régions éloignées et ceux qui ont indiqué « autre » comme poste de soins infirmiers avaient moins la possibilité de planifier leur travail quotidien, comparativement aux gestionnaires. Dans l'ensemble du pays, les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés avaient

l'impression d'avoir plus de contrôle sur leur horaire que les infirmières et les infirmiers autorisés.

Approche des employeurs à l'égard de la collectivité : Y compris le soutien pour répondre aux besoins de la population. Les deux tiers des infirmières et des infirmiers autorisés de santé communautaire considéraient qu'ils obtenaient le soutien de leur employeur pour répondre aux besoins de la population, comme :

- l'accès aux ressources appropriées sur le plan culturel pour leurs clients;
- du soutien pour bien répondre aux besoins de leurs clients;
- du soutien pour créer des liens avec des médecins de la collectivité;
- l'accès à des ressources pour appuyer les clients qui ont de la difficulté à avoir accès à des services de santé;
- un soutien pour entreprendre les activités de développement communautaire;
- l'encouragement à offrir des approches appropriées sur le plan culturel à l'égard des soins.

Contexte communautaire

Politiques : Moins de la moitié des infirmières et des infirmiers autorisés considéraient que leur collectivité s'occupait des déterminants sociaux de la santé, et encore moins (38 %) affirmaient qu'ils avaient un accès rapide à des ressources communautaires de bonne qualité pour les clients. À peine un peu plus de la moitié des infirmières et des infirmiers autorisés disaient que la politique provinciale liée à leur programme les aidait à travailler avec leurs clients. Trente-cinq pour cent d'entre eux n'étaient ni d'accord ni en désaccord (on ne sait pas trop si ces infirmières et ces infirmiers ne connaissaient pas les politiques provinciales concernant leur programme ou si les politiques n'étaient pas utiles).

Coordination des services : Soixante-dix pour cent des infirmières et des infirmiers autorisés ont affirmé qu'ils travaillaient en collaboration avec des services de soins à domicile. Toutefois, les infirmières et les infirmiers de santé publique et d'établissement industriel ont indiqué une collaboration moindre avec les soins à domicile. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés des groupes de gestionnaires, de superviseurs et d'administrateurs percevaient une plus grande collaboration avec les soins à domicile que les infirmières et les infirmiers praticiens, les infirmières et les infirmiers de santé publique et ceux occupant d'autres postes de soins infirmiers. De plus, les infirmières et les infirmiers considéraient que les contraintes de ressources faisaient en sorte qu'il était difficile de répondre aux besoins de leurs clients, même si autant d'entre eux ont affirmé que les organismes de leur collectivité coordonnent les services.

Les trois quarts des infirmières et des infirmiers autorisés affirmaient que les professionnels d'autres organismes communautaires respectaient le jugement des infirmières et des infirmiers de leur organisme, alors que seulement la moitié d'entre eux disaient qu'ils étaient invités à des réunions en raison de leur crédibilité en tant qu'infirmières ou infirmiers. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés possédant moins de dix ans d'expérience étaient moins susceptibles de se sentir respectés par les professionnels d'autres organismes communautaires.

Quelles caractéristiques organisationnelles sont les plus favorables aux soins infirmiers de santé publique?

Cette partie de l'étude est axée sur les infirmières et les infirmiers de santé publique – l'un des plus grands groupes des soins infirmiers de

santé communautaire – pour déterminer des caractéristiques qui pourraient s'avérer pertinentes pour tous les sous-secteurs communautaires. Les participants aux groupes de discussion ont affirmé qu'il fallait réunir certains facteurs pour assurer la réussite des soins infirmiers de santé publique : une politique gouvernementale solide, une culture organisationnelle favorable et de bonnes pratiques de gestion.

Caractéristiques du gouvernement et du système

Structures de financement flexibles et appropriées : Le financement de la santé publique doit être suffisant pour permettre un soutien continu des programmes à long terme et assez de flexibilité pour répondre aux besoins changeants. Dans les situations optimales, un financement était offert pour évaluer les besoins communautaires, renforcer les capacités en vue d'améliorer la santé ainsi que former des partenariats. Les groupes ruraux ont particulièrement mis l'accent sur l'importance du financement flexible qui leur permet de répondre aux nouveaux besoins.

Champions de la santé publique : Le besoin de promouvoir la santé publique était un thème très présent dans les groupes de discussion. Les infirmières et les infirmiers disaient que les gouvernements devaient défendre la santé publique et sa place au sein du système de santé publique. Les conseils de santé locaux doivent également appuyer les travailleurs de la santé publique pour faire la promotion efficace de la santé.

Planification et coordination de la santé publique : Les participants ont affirmé que le gouvernement et d'autres organismes doivent coordonner la planification de la santé publique dans les régions, dans les provinces et les territoires ainsi qu'au pays, ainsi que partager l'infrastructure et les ressources, comme les bases de données, les recherches, les évaluations et les outils éducatifs normalisés.

Valeurs organisationnelles et caractéristiques des dirigeants

Les participants ont mis l'accent sur la culture organisationnelle (comme faire place à la créativité et à la flexibilité et offrir des occasions d'apprendre et d'échanger l'information) et sur les relations (dont le besoin de partager une vision et des buts, les partenariats et la collaboration) plutôt que sur des structures ou des choses particulières.

Une vision partagée de la santé publique : Les groupes de discussion ont mis l'accent sur l'importance de travailler dans un organisme qui a une vision précise partagée par tout le monde. Les valeurs associées à la santé publique – dont la prévention et la promotion de la santé, la prise en charge des déterminants sociaux de la santé, la santé de la population et le développement communautaire – doivent diriger l'orientation de l'organisme et être liées à des besoins et à des buts précis. La plupart des groupes ont renforcé l'idée que la politique en matière de santé publique et l'exercice de la santé publique doivent être fondés sur les données issues des recherches et les questions communautaires.

Dirigeants efficaces : Tous les groupes ont mentionné que les infirmières et les infirmiers de santé publique exerçant la totalité de leurs compétences étaient dirigés par des personnes visionnaires, stimulantes et motivantes. Lorsque les organismes sont dirigés par des personnes efficaces, tout le monde est stimulé et motivé à exercer son rôle de manière efficace. Les dirigeants doivent respecter la santé publique, lui faire confiance et y attacher de l'importance.

Culture de créativité et de sensibilité : Les groupes de décideurs et de gestionnaires ont affirmé que les dirigeants efficaces créent une culture qui encourage la créativité et l'innovation et ils ont reconnu qu'il fallait prendre des risques pour favoriser la créativité. Les

groupes de travailleurs de première ligne étaient d'accord pour dire que les dirigeants doivent favoriser la créativité et lui attacher de l'importance. Tout le monde a affirmé que les dirigeants doivent être ouverts au changement : pour les décideurs, en laissant les organismes être flexibles et sensibles; pour les travailleurs de première ligne, en faisant preuve de flexibilité quant à la façon dont ils exécutent les programmes.

Pratiques de gestion

Les groupes de discussion trouvaient que les pratiques de gestion étaient de loin la caractéristique organisationnelle la plus importante pour assurer l'efficacité des soins de santé publique. Les pratiques de gestion influencent le fonctionnement de l'organisme et les conditions de travail des infirmières et des infirmiers, lesquels détermineront si les infirmières et les infirmiers de santé publique mettront en pratique la totalité de leurs compétences.

Planification claire des programmes : Les décideurs, les gestionnaires et les infirmières et les infirmiers de première ligne ont affirmé que la planification de la santé publique doit être claire et axée sur les besoins de la collectivité et des clients, ce qui nécessite l'évaluation efficace des besoins en matière de santé publique et de développement communautaire. Tous les groupes de discussion ont souligné l'importance de bien définir les rôles et les responsabilités et de les lier aux objectifs globaux et à la responsabilisation. De plus, il est important de définir les rôles selon ce qu'il faut accomplir pour favoriser l'autonomie professionnelle et le travail indépendant. Entre autres, les groupes de travailleurs de première ligne trouvaient qu'il fallait définir les rôles selon la vision et les buts de l'organisme plutôt que de déterminer qui fait quoi.

Promotion et valorisation des soins infirmiers de santé publique : Les gestionnaires et les décideurs ont affirmé que les bonnes relations publiques, y compris la promotion des soins infirmiers de santé publique auprès des autres fournisseurs, des partenaires communautaires et du public, étaient importantes, car le public doit comprendre le rôle des infirmières et des infirmiers de santé publique pour que ces derniers soient efficaces. Deux groupes de décideurs et de gestionnaires de régions rurales ont affirmé qu'il était stratégiquement important d'accroître le soutien des médecins par rapport aux soins infirmiers de santé publique, car les médecins servent de point de contact avec le public.

Les groupes de travailleurs de première ligne et les groupes de décideurs et de gestionnaires ont souligné le fait que les gestionnaires doivent comprendre les soins infirmiers de santé publique et y attacher de l'importance. Les gestionnaires doivent clairement respecter l'expérience et les connaissances de leurs infirmières et infirmiers, et ils doivent se laisser guider par ceux-ci. Un groupe d'infirmières et d'infirmiers de régions rurales a discuté de la difficulté de rendre compte à un gestionnaire qui n'avait pas d'expérience en santé publique ou en soins infirmiers et qui n'était pas en mesure de leur fournir le soutien et les conseils dont ils avaient besoin. Tous étaient d'accord pour dire que les gestionnaires devaient reconnaître publiquement la contribution des infirmières et des infirmiers de santé publique.

Appui du travail autonome : Tous les groupes de discussion nous ont dit qu'il faut donner de l'autonomie aux infirmières et aux infirmiers de santé publique et qu'il faut les considérer comme des chefs de file capables de déterminer la bonne chose à faire dans le cadre des activités qui leur sont assignées. Les groupes de travailleurs de régions rurales affirmaient que l'autonomie est la capacité de faire preuve de

créativité et de sensibilité pour répondre aux besoins communautaires, alors que les groupes de régions urbaines décrivaient l'autonomie comme une liberté d'action dans le travail quotidien et la séparation physique entre les infirmières et les infirmiers et les gestionnaires et les médecins. Les infirmières et les infirmiers de première ligne ont affirmé que les gestionnaires doivent leur donner une certaine flexibilité dans leur approche à l'égard de leur travail. Certaines infirmières et certains infirmiers ont mentionné que pour leur permettre de travailler de manière autonome, il fallait leur donner une vaste description de travail, de sorte qu'ils ne soient pas obligés de se limiter à un petit domaine de pratique.

Engagement envers l'apprentissage et le perfectionnement professionnel : Un organisme qui appuie les soins infirmiers de santé publique favorise l'apprentissage. Tous les participants ont affirmé qu'il était important d'établir des milieux d'apprentissage solides, et presque tous les groupes de discussion ont souligné l'importance du perfectionnement professionnel, de la formation, des possibilités d'emploi et des investissements organisationnels dans l'éducation et la formation des infirmières et des infirmiers pour leur permettre de tenir à jour leurs habiletés et leurs compétences. De nombreux groupes ont recommandé la formation de conseils dans le cadre desquels les infirmières et les infirmiers pourraient discuter de certaines questions et tirer des leçons de leurs expériences respectives.

Les groupes de décideurs et de gestionnaires ont affirmé qu'il fallait offrir de solides programmes d'orientation au nouveau personnel et qu'il fallait aussi encourager le partage non officiel des connaissances et le mentorat. Ce thème était particulièrement présent dans les groupes de discussion de régions rurales. Les groupes de travailleurs de première ligne ont affirmé qu'ils avaient besoin qu'on leur donne des occasions d'échanger l'information et les connaissances, y compris de la formation et du soutien pour se tenir au courant des ressources électroniques (ce qui est particulièrement important pour les groupes de régions rurales), ainsi que l'accès à des outils éducatifs et à des manuels politiques pour appuyer leur travail. Tous les groupes ont mentionné que les infirmières et les infirmiers de santé publique devaient pouvoir consulter des spécialistes, comme des épidémiologistes, des infirmières et des infirmiers enseignants, des experts du domaine et des spécialistes du marketing social.

Planification efficace des ressources humaines et dotation appropriée : Selon les participants, le recrutement et la conservation des employés étaient une caractéristique organisationnelle importante pour assurer l'efficacité des soins infirmiers de santé communautaire. Les collectivités recevant des services de santé publique sont diversifiées, et la dotation doit être suffisante (en infirmières et en infirmiers qualifiés) pour répondre à leurs besoins. Les organismes doivent établir un effectif stable et uniforme doté des compétences nécessaires pour bien effectuer son travail. De plus, ils doivent donner aux infirmières et aux infirmiers de santé publique du temps, des tâches de travail flexibles et du soutien pour former des partenariats, ainsi que susciter la participation de la collectivité. Les infirmières et les infirmiers de première ligne ont aussi mentionné qu'il fallait suffisamment de personnel pour assurer les services pendant les vacances, les jours de perfectionnement professionnel et les autres absences.

Appui des partenariats et du développement communautaire : Les groupes de discussion ont mentionné que la santé publique est un domaine interdisciplinaire et intersectoriel nécessitant la collaboration avec des groupes communautaires, d'autres organismes et des fournisseurs, ainsi qu'une collaboration interne. Les dirigeants doivent consacrer du temps à la formation de partenariats et encourager

le travail en collaboration. Les participants de première ligne ont affirmé qu'ils avaient besoin de temps pour établir des relations de confiance et fondées sur le respect avec les clients et leur famille, ainsi que pour susciter leur participation à l'élaboration de programmes.

Communation efficace : Les participants ont discuté des questions en matière de communication concernant le personnel et la direction, les pairs et les équipes interdisciplinaires. Les décideurs et les gestionnaires ont mentionné que les organismes de santé publique devaient avoir des stratégies de communication ouverte et claire, et qu'il fallait promouvoir la communication en suscitant la participation des dirigeants et du personnel dans le cadre des décisions. Les infirmières et les infirmiers de première ligne étaient d'avis que l'échange fréquent d'information au sein de l'organisme les aidait à travailler de manière efficace. Selon les groupes de travailleurs de première ligne de régions rurales, les équipes d'infirmières et d'infirmiers de santé publique travaillent mieux lorsqu'elles ont l'occasion de faire une récapitulation et un bilan de leur travail. Les groupes des régions nordiques étaient d'accord, mais ils ont souligné que ces occasions pouvaient être rares dans les régions éloignées.

Politiques sur le milieu de travail sain : Les groupes de discussion ont souligné le besoin en politiques visant à rendre le milieu de travail sain. Selon les groupes de régions rurales, les milieux de travail sains ont des politiques axées sur la famille et un horaire variable. Les groupes de régions urbaines attachaient de l'importance à l'horaire variable, mais ils ont aussi souligné que les milieux de travail devaient être sécuritaires.

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Effectif infirmier de santé communautaire

Nos résultats indiquent qu'il est difficile de compter et de décrire avec exactitude les infirmières et les infirmiers des divers sous-secteurs communautaires, car les définitions des milieux de travail des infirmières et des infirmiers de santé communautaire, les services qu'ils offrent et leurs titres professionnels varient selon les provinces, les territoires et les organismes, et même d'une infirmière ou d'un infirmier à l'autre. Par exemple, dans certaines provinces, les répondants au sondage qui se disaient des infirmières ou des infirmiers de santé publique pouvaient tout autant travailler dans un centre de santé communautaire que dans un service de santé publique. Même dans les provinces où les services de santé publique sont définis de manière plus précise, certaines infirmières et certains infirmiers de santé publique affirmaient travailler dans des centres de santé communautaire, alors que la plupart disaient travailler dans des services de santé publique. Cet écart nous a amenés à décrire les rôles selon le poste en soins infirmiers plutôt que le lieu de travail. Les centres de santé communautaire demeurent toutefois l'une des principales catégories énumérées par l'ICIS, et il est probable qu'un plus grand nombre de centres de santé communautaire ouvriront leurs portes à mesure que la réforme canadienne des soins de santé primaires continue de prendre de la vitesse²³.

Les prévisions de l'étude de l'AIIC quant aux retraites prochaines des services d'infirmières et d'infirmiers ont axé leur analyse sur « les infirmières et les infirmiers autorisés du Canada prodiguant des soins cliniques directs aux patients et aux clients... Dans le contexte communautaire... l'information se limitait au nombre de consultations [avec les patients]... »³ (p. 8-9 de la version anglaise) [traduction] Malheureusement, ce travail ne reconnaissait pas les types d'engagements favorisant le développement communautaire ou le renforcement des capacités (qu'on pourrait appeler éducation, politique ou adminis-

tration) que prennent beaucoup d'infirmières et d'infirmiers de santé communautaire. Il ne tient pas compte du fait que les clients des infirmières et des infirmiers de santé communautaire sont des personnes, des familles, des groupes et des collectivités⁴.

Notre étude indique que le Canada risque de ne pas être en mesure de répondre à la future demande en infirmières et en infirmiers qualifiés de santé communautaire et de santé publique, compte tenu du vieillissement de l'effectif infirmier et de la pénurie anticipée d'infirmières et d'infirmiers. Comparativement à d'autres secteurs des soins de santé, le problème est proportionnellement plus grand dans le secteur communautaire, car le pourcentage d'infirmières et d'infirmiers âgés est plus élevé, et un nombre moindre de jeunes infirmières et infirmiers choisissent cette spécialité. De plus, la portion de l'effectif infirmier n'augmente pas, alors que le besoin en services communautaires est grandissant.

Notre profil démographique indiquait également des changements relatifs à la situation d'emploi et à l'éducation des infirmières et des infirmiers de santé communautaire, comparativement à d'autres secteurs. Autrefois, les infirmières et les infirmiers autorisés de santé communautaire étaient plus susceptibles d'avoir un poste à temps plein que les infirmières et les infirmiers travaillant dans les hôpitaux. Toutefois, ce rapport a été inversé en 2005, possiblement en raison d'une politique gouvernementale visant à encourager une hausse des postes à temps plein dans les hôpitaux. Les emplois à temps plein au sein de la collectivité ont augmenté pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés, mais nous ne pouvions déterminer s'il s'agissait vraiment d'une augmentation ou parce qu'un moins grand nombre d'infirmières et d'infirmiers avaient une situation d'emploi inconnue dans la base de données de l'ICIS. Les infirmières et les infirmiers autorisés travaillant dans la collectivité sont toujours plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire que les infirmières et les infirmiers autorisés d'autres secteurs, mais notre analyse a montré que l'écart est en train de diminuer, maintenant que les infirmières et les infirmiers autorisés de la plupart des provinces et des territoires du Canada doivent être titulaires d'un baccalauréat. Les infirmières et les infirmiers de santé publique étaient plus susceptibles d'avoir un diplôme, probablement parce que la plupart des provinces les obligent à avoir un baccalauréat en sciences infirmières³.

La planification efficace des soins infirmiers de santé communautaire et des ressources humaines en santé ainsi que l'élaboration d'une politique à cet égard nécessiteront de l'information plus détaillée sur le nombre d'infirmières et d'infirmiers de santé communautaire, les rôles et les responsabilités selon les titres des programmes et les sous-secteurs. D'autres auteurs ont également observé que leurs modèles de planification des ressources humaines en santé dépendaient des connaissances sur les fournisseurs existants et que leurs résultats dépendaient de la diversité et de la qualité des données disponibles³ (p. 6 de la version anglaise). Il faudra effectuer des recherches plus approfondies pour établir et mettre à l'essai des sources de données de rechange (comme des bases de données provinciales dérivées de l'information provenant des employeurs) pour compter le nombre d'infirmières et d'infirmiers de santé communautaire et de santé publique. On pourrait former un groupe de travail national, probablement sous les auspices de l'Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire, avec l'Institut canadien d'information sur la santé, l'Agence de la santé publique du Canada et d'autres collaborateurs, afin de créer une classification commune des infirmières et des infirmiers de santé communautaire, selon leurs rôles et leurs responsabilités.

Facteurs favorables et obstacles au travail efficace des infirmières et des infirmiers de santé communautaire

L'analyse des résultats de notre sondage auprès des infirmières et des infirmiers de santé communautaire nous a permis de déterminer comment exploiter la pleine capacité et le plein potentiel de cet effectif. À la suite de la question soulevée dans l'étude de l'AICC sur l'absence générale de données administratives sur la productivité⁶³ (p. 9 de la version anglaise), la présente étude a enquêté sur les mesures de soutien qui permettent aux infirmières et aux infirmiers de santé communautaire de mettre en pratique la totalité de leurs compétences, et ainsi d'optimiser la productivité. Ces mesures de soutien ont été déterminées à l'intérieur de quatre thèmes principaux : la confiance professionnelle, les relations au sein de l'équipe, le milieu de travail et le contexte communautaire (figure 2).

Confiance professionnelle

La recherche appuie l'hypothèse selon laquelle la confiance est importante pour permettre aux infirmières et aux infirmiers d'obtenir des résultats satisfaisants²⁴. Davidhizar définit la confiance en soi comme « le sentiment d'une personne de savoir comment faire les choses et d'avoir le pouvoir de les réaliser »²⁵ (p. 218) [traduction]. La confiance démontrée par les infirmières et les infirmiers de santé communautaire ayant participé à notre étude sera maintenue si les organismes et les infirmières et les infirmiers profitent des possibilités d'apprentissage susmentionnées.

Relations au sein de l'équipe

Nous savons que la collaboration entre les professionnels des soins de santé permet d'améliorer la satisfaction des clients et les résultats cliniques^{3, 26} et que le renforcement du travail d'équipe est un but en matière de ressources humaines pour les milieux de soins de santé de l'ensemble du Canada²⁷. Les relations au sein de l'équipe sont également importantes pour renforcer les capacités communautaires, car le fonctionnement optimal de l'équipe influence les exigences en matière d'utilisation des ressources humaines associées aux infirmières et aux infirmiers et à d'autres disciplines³. Dans l'ensemble, les relations au sein de l'équipe étaient solides, même si les infirmières et les infirmiers de santé communautaire n'avaient pas l'impression d'entretenir des liens égaux avec tous leurs collègues. Les relations entre les infirmières et les infirmiers et les médecins pourraient être renforcées, et les infirmières et les infirmiers ont dit qu'ils craignaient que les clients et les collègues de leur collectivité ne comprennent pas leur rôle. Les dirigeants pourraient éliminer cette préoccupation en déployant des efforts de relations publiques aux niveaux local et provincial pour informer le public des services fournis par les infirmières et les infirmiers de santé communautaire – une stratégie qui a aussi été soulevée dans les groupes de discussion sur la santé publique pour appuyer la pratique des soins infirmiers. De plus, les chercheurs, les employeurs, les gestionnaires et les praticiens doivent travailler ensemble pour trouver des façons d'appuyer le travail d'équipe interdisciplinaire en santé communautaire et concevoir une formation fondée sur les données issues de ces enquêtes.

Milieu de travail

Les sentiments négatifs exprimés par certaines infirmières et certains infirmiers relativement au salaire et à la sécurité d'emploi pourraient représenter la situation de certaines provinces au moment du sondage. Par exemple, les infirmières et les infirmiers d'une province arrivaient à la fin de leur contrat, et dans une autre, les médecins

avaient reçu une importante augmentation de salaire, alors que ce n'était pas le cas pour les infirmières et les infirmiers. En moyenne, les infirmières et les infirmiers n'étaient ni d'accord ni en désaccord pour dire qu'ils étaient payés équitablement, ce qui pourrait signifier qu'ils ne sont pas particulièrement satisfaits de leur salaire ou qu'ils ont effectivement l'impression d'avoir un salaire équitable. Cependant, compte tenu des problèmes imminents de recrutement, les chercheurs auraient avantage à faire une étude approfondie sur les différences salariales et la sécurité d'emploi chez les infirmières et les infirmiers de santé communautaire de divers sous-secteurs, ainsi qu'à formuler des recommandations politiques à l'intention des planificateurs.

Il existe d'autres occasions d'améliorer les conditions en milieu de travail. Les employeurs et les gestionnaires doivent améliorer l'accès aux données issues de la recherche et de la pratique et à la formation continue, ainsi qu'encourager les infirmières et les infirmiers de santé communautaire à tenir à jour leurs connaissances et à garder confiance en leurs capacités professionnelles. De plus, les infirmières et les infirmiers de santé communautaire ont la responsabilité de profiter des possibilités d'apprentissage.

On a déterminé que la confiance de la direction envers les employés permet d'améliorer les résultats organisationnels²⁸. L'écart relatif à la confiance perçue entre les infirmières et les infirmiers de première ligne et les infirmières et les infirmiers de gestion dans le cadre du sondage laisse croire que les gestionnaires ne démontrent pas la confiance qu'ils ont en leurs infirmières et leurs infirmiers, une conclusion qui correspond à d'autres études menées auprès d'infirmières et d'infirmiers du Canada²⁹. La réflexion sur le travail fait partie intégrante des soins infirmiers³⁰, et les infirmières et les infirmiers de santé communautaire voient les occasions de faire un bilan comme un signe de soutien pour leur profession. Les gestionnaires pourraient montrer davantage leur confiance envers les infirmières et les infirmiers en favorisant le travail autonome et en donnant aux infirmières et aux infirmiers la flexibilité nécessaire pour répondre aux besoins des clients, en augmentant les occasions de faire un bilan et en intégrant les infirmières et les infirmiers de santé communautaire à la planification des programmes.

Les infirmières et les infirmiers ont également besoin de l'appui de leurs employeurs pour répondre aux besoins de la population. Il faut approfondir les recherches pour étudier dans quelle mesure les organismes de santé communautaire s'occupent des déterminants sociaux de la santé dans la politique et la pratique, et pour concevoir des méthodes qui tiennent compte des différences qui existent entre eux.

Contexte communautaire

Les infirmières et les infirmiers ayant répondu au sondage ont indiqué que les ressources communautaires limitées faisaient en sorte qu'il leur était difficile de répondre aux besoins de leurs clients. Toutefois, un nombre semblable d'infirmières et d'infirmiers ont mentionné que les organismes de leur collectivité coordonnaient les services. Peut-être les ressources sont-elles coordonnées, mais inaccessibles lorsque cela est nécessaire, ou peut-être les ressources ne sont-elles pas de qualité appropriée.

Les soins infirmiers de santé communautaire sont fondés sur la justice sociale, et leurs normes de pratique sont axées sur les déterminants de la santé, c'est-à-dire l'idée que les milieux sociaux, économiques et physiques des gens influencent leur santé⁴. Par conséquent, on considère que les collectivités qui s'occupent de régler les problèmes d'équité et qui tentent d'améliorer les conditions

sociales appuient les infirmières et les infirmiers de santé communautaire dans leur travail. Les décideurs fédéraux, provinciaux et territoriaux doivent aider les organismes à déterminer et à intégrer des services et des stratégies visant à s'occuper des déterminants sociaux de la santé.

Organismes de santé publique favorables

Une infirmière ou un infirmier de santé publique est une infirmière ou un infirmier de santé communautaire qui « concentre sa pratique sur la promotion, la protection et la préservation de la santé des populations... et relate les expériences de santé et de maladie des personnes, des familles et des communautés à la pratique de promotion de la santé de la population »^{4 (p. 9)}. Nos groupes de discussion nous ont donné de l'information approfondie sur l'influence que peuvent avoir les organismes sur le travail des infirmières et des infirmiers de santé publique. La mise en valeur des mesures de soutien du système et des organismes par les groupes de discussion peut représenter la façon dont travaillent les infirmières et les infirmiers de santé publique dans les collectivités. Cependant, les résultats relatifs au sous-secteur de la santé publique ont probablement des répercussions sur l'ensemble des infirmières et des infirmiers de santé publique. Pour que les décideurs et les administrateurs optimisent les capacités de l'effectif infirmier de santé communautaire, il serait bon d'effectuer une enquête semblable dans d'autres sous-secteurs communautaires.

Le gouvernement et le système doivent prendre des mesures, et il faut adopter des valeurs organisationnelles partagées et des pratiques de gestion efficaces pour favoriser l'obtention de résultats optimaux en matière de soins infirmiers de santé publique. Ces résultats sont en harmonie avec une reconnaissance grandissante du fait que les systèmes et les organismes de soins de santé sont mieux compris en tant que systèmes adaptatifs complexes^{31, 32}. Dans les systèmes complexes, les relations entre les parties sont plus importantes que les parties en soi. Le changement exige des mesures intégrées où chaque domaine du système renforce et développe progressivement les autres domaines. Les suggestions suivantes à l'intention des organismes de santé publique nécessiteront des mesures intégrées à tous les niveaux :

- Les décideurs et les gestionnaires maintiennent un financement flexible des programmes et veillent à ce que les infirmières et les infirmiers de santé publique puissent travailler de manière autonome au développement communautaire et à la formation de partenariats pour améliorer les résultats en matière de santé.
- Les gouvernements collaborent dans le cadre de stratégies de communication pour promouvoir la compréhension du rôle de la santé publique dans les soins de santé.
- La planification de la santé publique est coordonnée à tous les niveaux et dans toutes les compétences pour créer une vision commune accompagnée de buts et de responsabilités précis, et elle comprend le partage des ressources et la diminution du chevauchement des services.
- L'Agence de la santé publique du Canada, les ministères provinciaux de la Santé et les autorités sanitaires locales fournissent des fonds en vue de perfectionner les dirigeants et les gestionnaires de tous les niveaux de la santé publique.
- Les gestionnaires de la santé publique planifient les services de soins infirmiers selon les données sur leur incidence et leurs résultats, et ils permettent aux infirmières et aux infirmiers d'être créatifs et sensibles aux besoins de la collectivité.
- Les gestionnaires et les décideurs de la santé publique travaillent avec les chercheurs universitaires pour rassembler l'information et

créer des modèles de dotation qui s'adaptent aux besoins changeants, y compris aux situations d'urgence, aux épidémies et à la prévalence grandissante des maladies chroniques.

- Les décideurs, les gestionnaires et les praticiens de la santé publique ont la responsabilité commune de créer des milieux de travail sains.
- Les gestionnaires s'assurent de comprendre le rôle des infirmières et des infirmiers de santé publique qui travaillent pour eux et permettent aux infirmières et aux infirmiers de mettre en pratique la totalité de leurs compétences.
- Les décideurs et les gestionnaires investissent dans le perfectionnement professionnel et établissent des points de référence précis pour les infirmières et les infirmiers de santé publique, et les infirmières et les infirmiers profitent de ces possibilités d'apprentissage.
- Les écoles de santé publique et les autorités sanitaires locales créent et partagent des ressources éducatives, en portant une attention particulière aux besoins en matière d'apprentissage et d'échange des connaissances des infirmières et des infirmiers de santé publique travaillant dans des régions rurales et éloignées.

Limites de l'étude

Il y avait des incohérences dans les données de l'ICIS que nous avons utilisées pour décrire l'effectif infirmier de santé communautaire. On avait accès aux données de 1996 à aujourd'hui pour les infirmières et les infirmiers autorisés. Les données commençaient en 2001 pour les infirmières et les infirmiers praticiens et en 2002 pour les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés. La base de données de l'ICIS dépendait de l'information fournie par les infirmières et les infirmiers dans leur formulaire de renouvellement de leur inscription annuelle, mais les définitions des sous-secteurs des soins infirmiers de santé communautaire variaient au fil du temps et d'une province ou d'un territoire à l'autre, ce qui rendait difficile l'estimation exacte de l'effectif. L'utilisation non uniforme et interchangeable des termes – comme infirmière ou infirmier de santé communautaire, infirmière ou infirmier de santé publique, infirmière ou infirmier à domicile, infirmière ou infirmier spécialisés en immunisation et infirmière ou infirmier spécialisés en santé de l'enfant – dans les bases de données des organismes de réglementation a limité nos estimations de la capacité de l'effectif. Néanmoins, notre sondage auprès des infirmières et des infirmiers de santé communautaire nous a donné un aperçu de la façon dont s'identifient les infirmières et les infirmiers et nous a permis de définir certaines tendances générales relativement à l'effectif infirmier de santé communautaire par le truchement des bases de données de l'ICIS.

Nous avons trouvé six limites au sondage : il n'y avait pas de groupes de comparaison historiques, car l'outil du sondage était nouveau; les réponses recueillies en Ontario en 2005 étaient combinées avec les réponses recueillies dans les autres provinces et territoires à la fin de 2006 et au début de 2007; les répondants avaient le libre choix de participer, alors les infirmières et les infirmiers qui avaient refusé de participer à la recherche sur leur formulaire d'inscription et les personnes qui n'ont pas répondu n'étaient pas comprises; l'équipe de recherche a choisi le seuil de 2,5 sur l'échelle de Likert pour considérer une réponse positive; seul un point du questionnaire a été inversé en négation (ce qui pourrait avoir entraîné un biais positif).

Nous avons éprouvé plusieurs difficultés lorsqu'est venu le temps de nous adresser aux infirmières et aux infirmiers de santé communautaire de différentes régions du pays. Les organismes de réglementation des infirmières et des infirmiers psychiatriques autorisés qui travaillent dans la collectivité en Colombie-Britannique, en Alberta, en

Saskatchewan et au Manitoba ont refusé de faciliter la participation à l'étude. La Registered Nurses Association of Prince Edward Island a pour politique de ne pas permettre l'accès à ses membres à des fins de recherche; nous avons donc dû communiquer avec les infirmières et les infirmiers par l'entremise de leurs employeurs. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés des Territoires du Nord-Ouest ont refusé de participer, car ils sont tellement peu nombreux qu'ils n'auraient pu préserver leur anonymat. Il n'y avait pas d'infirmières et d'infirmiers auxiliaires autorisés qui travaillent au Nunavut. En Colombie-Britannique, 138 infirmières et infirmiers autorisés diplômés étaient considérés comme inadmissibles parce qu'ils bénéficiaient de droits acquis et qu'ils n'étaient pas autorisés par leur organisme de réglementation. Les infirmières et les infirmiers auxiliaires autorisés du Manitoba qui travaillent comme infirmières et infirmiers de santé communautaire dans des organismes privés ou qui travaillent de manière autonome ne pouvaient être identifiés séparément dans la base de données, et ils n'ont pas participé au sondage.

Quatre limites étaient associées aux groupes de discussion : il était difficile de recruter des participants en raison de leur lourde charge de travail; les taux de participation étaient plus faibles au Québec et au Yukon; trois groupes de discussion ont discuté par vidéoconférence; les groupes étaient dirigés par différents animateurs – même si tous les animateurs ont été formés au même endroit, qu'ils ont été jumelés avec un animateur qui connaît bien la méthode de l'étude et qu'ils ont reçu des notes écrites pour guider les processus de groupe.

CONCLUSION

Il est nécessaire d'avoir une capacité appropriée en santé communautaire pour atténuer les pressions sur les soins de courte et de longue durée. Le changement systémique des hôpitaux aux soins communautaires et vers l'amélioration de la capacité du système de santé nécessitera une planification pour veiller à ce que la qualité et la sécurité ne soient pas compromises et pour profiter pleinement des compétences et des habiletés des infirmières et des infirmiers de santé communautaire. Cette étude visait à recueillir de l'information sur les infirmières et les infirmiers de santé communautaire et à déterminer les conditions optimales leur permettant de travailler efficacement. Nous avons fourni un point de départ aux planificateurs en leur donnant un aperçu général de l'effectif infirmier de santé communautaire pour la période de 1997 à 2007 et des opinions d'environ 7 000 infirmières et infirmiers de la collectivité pendant la période de 2005 à 2008.

Plus de 53 000 infirmières et infirmiers autorisés et infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés travaillent en santé communautaire au Canada, soit environ 16 % de l'effectif infirmier. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire travaillent dans des milieux où ils partagent la vision et les buts de leur organisme et travaillent en collaboration dans un milieu qui favorise la créativité et le travail autonome. Les infirmières et les infirmiers de santé communautaire travaillent bien ensemble, mais ils ont besoin de temps, de financement flexible et de soutien de la part de la direction pour renforcer leurs relations avec leur collectivité et leurs clients et pour former des partenariats avec d'autres professionnels.

RÉFÉRENCES

- Butler-Jones, D., *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada*, Agence de la santé publique du Canada, 2008. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2008/cpho-aspc/pdf/cpho-report-fra.pdf> (consulté le 2 juillet 2008).
- Villeneuve, M. et J. Macdonald, *Vers 2020 : Visions pour les soins infirmiers*, Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006. Disponible en ligne à

- l'adresse : <http://www.cna-nurses.ca/CNA/documents/pdf/publications/Toward-2020-f.pdf> (consulté le 2 juillet 2008).
- Tomblin Murphy, G., S. Birch, R. Alder, A. Mackenzie, L. Lethbridge, L. Little et A. Cook, *Solutions éprouvées à la pénurie d'infirmières et d'infirmiers autorisés au Canada*, Ottawa (Ontario), Association des infirmières et infirmiers du Canada, mai 2009.
- Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire, *Normes canadiennes de pratique des soins infirmiers en santé communautaire*, 2008. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.chnac.ca/images/downloads/standards/chn_standards_of_practice_mar08_french.pdf (consulté le 2 juillet 2008).
- Association canadienne de santé publique, *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire – de santé publique*, Ottawa, ACSP, 1990.
- Chambers, LW., J. Underwood, T. Halbert, CA. Woodward, J. Heale et S. Isaacs, « 1992 Ontario Survey of Public Health Nurses: Perceptions of Roles and Activities », *Revue canadienne de santé publique*, 1994, 85(3), p. 175-179.
- Santé Manitoba. *Le rôle de l'infirmière ou infirmier de la santé publique au sein de l'Office régional de la santé*, 1998. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.gov.mb.ca/health/documents/roleors.pdf> (consulté le 9 février 2002).
- MacDonald, MB. et B. Schoenfeld, « Expanding Roles for Public Health Nursing: A Saskatchewan Perspective », *Canadian Nurse*, 2003, 99(7), p. 18-22.
- Schoenfeld, B. et MB. MacDonald, « Saskatchewan Public Health Nursing Survey », *Revue canadienne de santé publique*, 2002, 93(6), p. 452-456.
- Agence de la santé publique du Canada, *Compétences essentielles en santé publique au Canada : version 1.0*, 2007. Disponible en ligne à l'adresse : <http://www.phac-aspc.gc.ca/cph-cesp/pdfs/cc-manual-fra090407.pdf> (consulté le 2 juillet 2008).
- Naylor, D., *Leçons de la crise du SRAS : Renouvellement de la santé publique au Canada*, Ottawa (Ontario), Santé Canada, Comité national consultatif sur le SRAS, 2003.
- Underwood, J., A. Baumann, N. Akhtar-Danesh, S. MacDonald-Rencz, M. MacDonald, S. Matthews et coll., *National Community Health Nursing Study: Comparison of Enablers and Barriers for Nurses Working in the Community*, Hamilton (Ontario), Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit, 2009 (série sur les ressources humaines en santé; n° 14).
- Meagher-Stewart, D., J. Underwood, B. Schoenfeld, M. Lavoie-Tremblay, J. Blythe, M. MacDonald et coll., *Building Canadian Public Health Nursing Capacity: Implications for Action*, Hamilton (Ontario), Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit, 2009 (série sur les ressources humaines en santé; n° 15).
- Underwood J., R. Deber, A. Baumann, A. Dragan, A. Laporte, M. Alameddine et R. Wall., *Demographic Profile of Community Health Nurses in Canada 1996-2007*, Hamilton (Ontario), Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit, 2009 (série sur les ressources humaines en santé; n° 13).
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), bases de données sur les soins infirmiers, 1996-2007.
- Baumann A., J. Underwood, J. Blythe, D. Ciliska, A. Ehrlich, N. Akhtar-Danesh et coll., *Better Data: Better Performance, Community Health Nursing in Ontario*, Hamilton (Ontario), Université McMaster, Nursing Health Services Research Unit, 2006 (série sur les ressources humaines en santé; n° 7).
- Dillman, D., *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*, 2^e édition, Toronto (Ontario), Wiley and Sons, 2000.
- Hammond, S., *The Thin Book of Appreciative Inquiry*, 1996. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.thinbook.com/pages/books/tbai_book.htm (consulté le 2 juillet 2008).
- Cooperrider, DL. et D. Whitney, *A Positive Revolution in Change: Appreciative Inquiry*, s.d. Disponible en ligne à l'adresse : <http://appreciativeinquiry.case.edu/uploads/whatsai.pdf> (consulté le 2 juillet 2008).
- Reed, J., *Appreciative Inquiry for Change: Research for Change*, Thousand Oaks, Californie, Sage Publications, 2006.
- Institute for Cultural Affairs, *Facilitation Skills: An Introduction to Group Facilitation*, Toronto (Ontario), Institute for Cultural Affairs, 1998.
- Miles, MB. et AM. Huberman, *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*, 2^e édition, Thousand Oaks, Californie, Sage Publications, 1994.
- Hutchison, B., « A Long Time Coming: Primary Healthcare Renewal in Canada », *Healthcare Papers*, 2008, 8(2), p. 10-24.
- Kerfoot, K., « Building Confident Organizations by Filling Buckets, Building Infrastructure and Shining the Flashlight », *Dermatology Nursing*, 2005, 17(2), p. 154-56.
- Davidhizar, R., « Self-Confidence: A Requirement for Collaborative Practice », *Dimensions of Critical Care Nursing*, 1993, 2(4), p. 218-222.
- Henneman, EA., JL. Lee et JL. Cohen, « Collaboration: A Concept Analysis », *Journal of Advanced Nursing*, 1995, 21(1), p. 103-109.
- Conseil canadien de la santé, *Le renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement*, 2005. Disponible en ligne à l'adresse : http://www.healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf (consulté le 18 juillet 2005).
- Lowe, G., *Strengthening Links Between Health and Performance*. Présentation au forum de l'Institut canadien de la retraite et des avantages sociaux, du 12 au 14 mai 2008, Toronto (Ontario).
- Govieia, T., « Comparing Notes on Workload, Patient Care and the Use of IT », *Canadian Nurse*, 2009, 105(4), p. 24-29.
- Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, Programme d'assurance de la qualité – fiche d'information, 2004. Disponible à l'adresse : <http://cno.org/docs/qa/44023> (consulté le 1^{er} octobre 2006).
- Glouberman, S. et B. Zimmerman, *Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?*, Toronto (Ontario), Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002 (document de travail n° 8).
- Pisek, P. et T. Wilson, « Complexity, Leadership and Management in Healthcare Organizations », *BMJ*, 2001, 323, p. 746-749.