

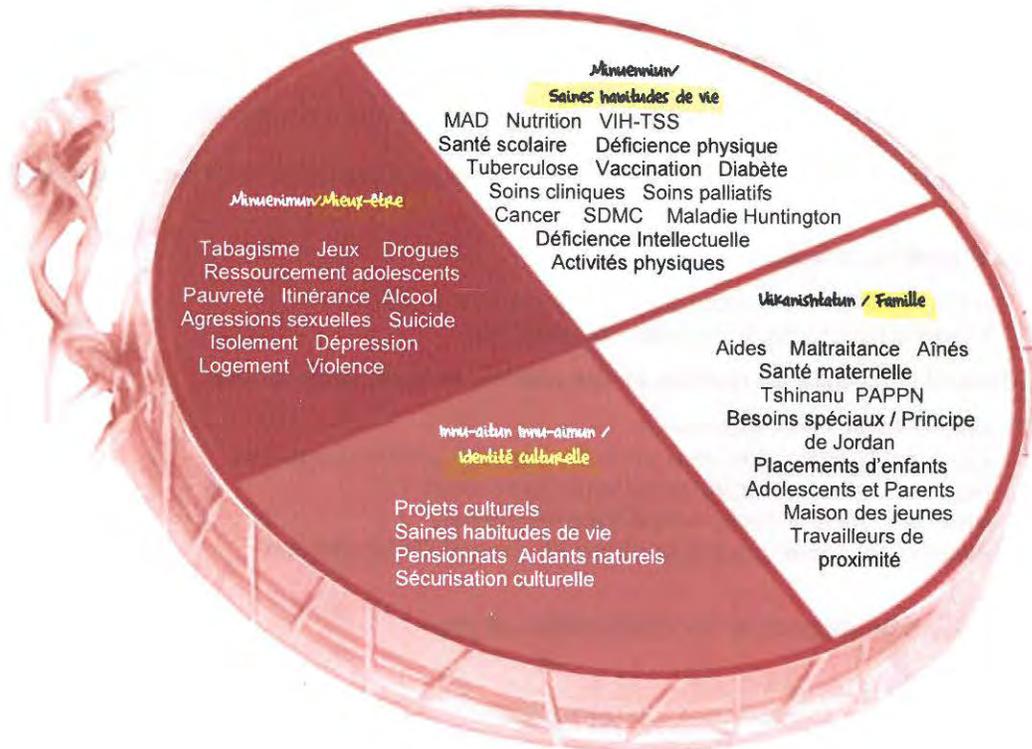


INNU TAKUAIKAN UASHAT MAK MANI-UTENAM

SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX UAUITSHITUN



PLAN DE SANTÉ 2018-2023



22 NOVEMBRE 2017



Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration du plan de santé de Uashat mak Mani-utenam.

L'équipe de coordination du projet :

- Karine Régis, directrice santé
- Carynne Guillemette, directrice des services communautaires
- Nadine Vollant, directrice des services sociaux
- Mylène Dugas-St-Louis, coordonnatrice SDMC
- Sarah-Ann Gilmore, conseillère clinique AVA & MH
- Andréa Fontaine, coordonnatrice Finances & RH-Uauitshitun

Ceux qui ont participé :

- Maxime Fréchette, technicien informatique
- Pier-Olivier Paquin, intervenant
- Marie-Hélène Gagnon Dion, chargée de projet

Participants à la recherche des données :

- Jacques-Alex Jourdain, à l'effectif de bande Uashat mak Mani-utenam
- Rosalie Jérôme, membre de la communauté
- Jean-Marie (Nakoma) Jourdain, directeur des immobilisations et infrastructures ITUM

Comité d'analyse et validation du sondage :

- Sarah-Ann Gilmore, conseillère clinique AVA & MH
- Maxime Fréchette, technicien informatique

Programmation Comité de révision et élaboration de la programmation

- Karine Régis, directrice santé
- Carynne Guillemette, directrice des services communautaires
- Nadine Vollant, directrice des services sociaux
- Mylène Dugas-St-Louis, coordonnatrice SDMC
- Andréa Fontaine, coordonnatrice Finance & RH-Uauitshitun

Consultant accompagnateur de l'élaboration du plan :

- Chakda Yorn, DBA
(chakdayorn@gmail.com, 819-690-2222)



Table des matières

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : PROFIL DE LA COMMUNAUTÉ	4
1.1 SITUATION GÉOGRAPHIQUE.....	4
1.2 DÉMOGRAPHIE SELON L'ÂGE ET LE SEXE	5
1.3 PROJECTION DÉMOGRAPHIQUE	6
1.4 NAISSANCES ET LES DÉCÈS (LES CAUSES).....	9
1.5 INDICATEURS SOCIAUX : SCOLARITÉ, EMPLOI ET REVENU	10
1.6 LANGUE ET LA CULTURE	14
1.7 SITUATION DU LOGEMENT ET IMMOBILISATIONS.....	16
1.8 ATOUTS DE LA COMMUNAUTÉ	16
1.9 DÉFIS DE LA COMMUNAUTÉ.....	18
CHAPITRE 2 : STRUCTURE POLITIQUE ET GESTION DE LA SANTÉ	19
2.1 RÔLES DES ÉLUS EN REGARD DE LA SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX.....	19
2.2 DESCRIPTION DE LA STRUCTURE DE GESTION DE LA SANTÉ	21
2.3 COMITÉ DE SANTÉ ET LE SUIVI PAR ITUM	21
2.4 RESSOURCES HUMAINES DE UAUITSHITUN	22
2.5 QUALITÉ DES SERVICES	25
CHAPITRE 3 : ORGANISATION DES SERVICES	27
3.1 DEUX SITES DE SERVICES.....	27
3.2 SCHÉMA DE LA STRUCTURE DES SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRE, ENTENTES FORMELLES ET INFORMELLES... 31	
3.3. DESCRIPTION DES OFFRES DE SERVICE.....	32
3.3.1 <i>Trajectoire de services Uauitshitun</i>	33
3.4. PROGRAMMES OBLIGATOIRES.....	34
3.5. SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE	34
3.6. PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	43
3.6.1 <i>Immunisation</i>	43
3.6.2 <i>SARM</i>	44
3.6.3 <i>Infections transmises sexuellement par le sang (ITSS)</i>	45
3.6.4 <i>Tuberculose</i>	46
3.7. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET PUBLIQUE.....	48
CHAPITRE 4 : ÉVALUATION DES BESOINS EN SANTÉ	50
4.1 ÉVALUATION DES BESOINS EN SANTÉ ET IDENTIFICATION DES PRIORITÉS.....	50
4.2 LES QUATRE PRIORITÉS DU PLAN DE SANTÉ QUINQUENNAL 2018-2023	58
CHAPITRE 5 : PROGRAMMATION EN SANTÉ BASÉE SUR LES PRIORITÉS	71
CHAPITRE 6 : GESTION DE L'ÉVALUATION DU PLAN DE SANTÉ	87
6.1. ORGANISATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU PS.....	87



6.2.	OBJECTIFS ET PORTÉE DE L'ÉVALUATION QUINQUENNALE	88
6.3.	MÉTHODOLOGIE D'ÉVALUATION.....	90
6.4.	STRATÉGIE DE COLLECTE ET D'ANALYSE DES DONNÉES	96
6.5.	STRATÉGIE DE DIFFUSION DES RÉSULTATS	97
CHAPITRE 7 : AFFECTATION DES RESSOURCES		98
7.1	BUDGET ET RESSOURCES HUMAINES ET LES BIENS IMMOBILIERS.....	98
7.2	ASSURANCES (RESPONSABILITÉ CIVILE ET ASSURANCE CONTRE LA FAUTE PROFESSIONNELLE)	98
7.3	PLAN DE FORMATION	99
BIBLIOGRAPHIE		109
ANNEXES.....		112
	ANNEXE 1 : LISTE DES BÂTIMENTS ITUM.....	113
	ANNEXE 2 : ORGANIGRAMMES DIRECTIONS (3 SECTEURS)	114
	ANNEXE 3 : MANDAT DU COMITÉ DE SANTÉ.....	115
	ANNEXE 4 : RÉOLUTION COMITÉ DE SANTÉ NUMÉRO CONSÉCUTIF 17-18-17	116
	ANNEXE 5 : RÉOLUTION REDDITION DE COMPTES	117
	ANNEXE 6 : DESCRIPTION DE TÂCHES	118
	ANNEXE 7 : POLITIQUE DE SUPERVISION PROFESSIONNELLE	119
	ANNEXE 8 : PROCÉDURE GESTION D'UN DOSSIER D'UN USAGER	120
	ANNEXE 9 : PROCÉDURE DOSSIER D'UN USAGER	121
	ANNEXE 10 : POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.....	122
	ANNEXE 11 : POLITIQUE DE TRAITEMENT DES PLAINTES DES CLIENTS	123
	ANNEXE 12 : OFFRES DE SERVICES - SANTÉ.....	124
	ANNEXE 13 : OFFRES DE SERVICES- SERVICES COMMUNAUTAIRES.....	125
	ANNEXE 14 : OFFRES DE SERVICES – SERVICES SOCIAUX	126
	ANNEXE 15 : POLITIQUE ET PROCÉDURES GESTION DES MÉDICAMENTS ET FOURNITURES MÉDICALES.....	127
	ANNEXE 16 : ORDONNANCE COLLECTIVE	128
	ANNEXE 17 : PLAN DE PRESTATION DES SOINS À DOMICILE	129
	ANNEXE 18 : PROCÉDURES ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS EN MILIEU SCOLAIRE	130
	ANNEXE 19: POLITIQUE D'IMMUNISATION.....	131
	ANNEXE 20 ; PLAN D'INTERVENTION DES MESURES D'URGENCES - INFLUENZA	132
	ANNEXE 21 : POLITIQUE ITSS ET VIH/SIDA	133
	ANNEXE 22 : POLITIQUE TUBERCULOSE	134
	ANNEXE 23 : RAPPORT DES CONSULTATIONS LOCALES	135
	ANNEXE 24 : PLAN STRATÉGIQUE	136
	ANNEXE 25 : PLAN DE COMMUNICATION	137
	ANNEXE 26 : ASSURANCES	138



INTRODUCTION

En février 2014, les Chefs de l'Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador annonçaient leur projet de gouvernance en santé et en services sociaux, soit par l'affirmation suivante : « Par notre autodétermination, une approche globale concertée et à l'engagement individuel et collectif, nous serons un peuple en santé lié à la Terre-Mère et notre mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel sera en harmonie » (CSSSPNQL, 2015). Dans cet esprit, la communauté de Uashat mak Mani-utenam est actuellement dans une démarche de réappropriation de ses savoirs et de son histoire; entre autres, nous nous définissons en utilisant le terme « *ninan* », c'est-à-dire « nous » en Innu-aimun¹. Ce mot désigne la solidarité et la résistance que nous possédons comme nation innue. Au fil des époques, cette force nous a permis de survivre sur le territoire « Nitassinan² ». Il est essentiel de tenir compte de notre spécificité en tant que communauté, et ce, afin que les services de santé, les services sociaux répondent adéquatement aux besoins communautaires. Les services offerts à la population se doivent d'être adaptés et gérés localement. Notre identité culturelle doit agir comme facteur de protection de notre santé. Cette idée est un tournant pour notre communauté. Il fera partie de nos priorités.

Nous sommes nés en 1987 de la volonté de notre communauté à faire la gestion et la prestation des programmes communautaires de santé et des services sociaux. Ces professionnels ont façonné le chemin vers l'autonomie des services et ce, afin de réaliser le transfert des programmes communautaires offert à la population de Uashat Mak Mani-utenam; dans le souci d'offrir une accessibilité de services au sein de notre communauté.

Depuis nos débuts, les programmes gérés par le Centre Uauitshitun³ s'améliorent continuellement afin de s'adapter à l'évolution des besoins de notre communauté qui reconnaît que toute personne a droit à des services et à des soins de qualité orientés vers les besoins de santé et dispensés de façon holistique dans le respect de nos valeurs innues. De plus, nos programmes doivent renforcer notre identité culturelle comme facteur de protection et basés sur les déterminants de santé des Premières Nations afin de répondre aux besoins de nos membres. À cette fin, le centre Uauitshitun comprend le secteur de la santé, celui des services communautaires et enfin celui des services sociaux.

La **santé** offre des services de types préventifs, curatifs et d'hébergement. Ces services sont les suivants : la prestation de soins infirmiers, la promotion des saines habitudes de vie, du transport pour raison médicale et des centres d'hébergement.

Les **services communautaires** (1^{ère} ligne) offrent des services préventifs selon deux axes, soit par le service Famille-Enfance-Jeunesse et le Mieux-être adulte.

¹ Innu-aimun se définit par « langue innue ».

² Nitassinan se traduit par territoire.

³ Nous remercions Feu madame Desneiges Vollant de cette appellation de Uauitshitun, qui signifie « Entraide », qui guide encore aujourd'hui nos actions et donne sens à notre travail auprès de la population de Uashat mak Mani-utenam.

Les **services sociaux** (Protection et réadaptation jeunesse) offre des services de suivi au niveau de l'application des mesures en Protection de la Jeunesse, un service de ressources de type familial, un service de suivi pour la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ainsi qu'un service de réadaptation jeunesse.

Nos valeurs

La prestation de services et des programmes de santé sera guidée par les valeurs suivantes qui nous définissent :

Ishpitenitamun, le RESPECT, c'est-à-dire traiter avec égard les usagers, les collègues, les familles de notre communauté, respecter les différences sans jugement, respecter notre culture et notre langue.

Utinifishun, L'ENGAGEMENT se traduit par l'offre de services de qualité adaptée à nos membres, par du professionnalisme dans le cadre de nos pratiques de santé et de services sociaux, par de la compétence et de la vigilance auprès des usagers ainsi que par une offre de services adaptée culturellement.

Uauitshitun, L'ENTRAIDE signifie offrir son soutien aux gens de la communauté afin de les aider à surmonter leurs difficultés, leur offrir un accompagnement pour le rétablissement ou la recherche de solutions. L'entraide est une valeur innue importante qui guide nos actions.

Notre mission

Notre mission naît d'une réflexion de l'appellation « **Uauitshitun** » qui signifie **ENTRAIDE**, c'est-à-dire aide mutuelle. Nos ancêtres ont survécu à des conditions difficiles, et cette entraide communautaire nous a permis de surmonter les épreuves en étant solidaires entre nous. Ainsi, nous avons pu énoncer la mission du Centre **Uauitshitun** en cohérence avec les valeurs qui nous animent en tant qu'Innus, soit le respect, l'engagement et l'entraide. Notre mission consiste à **promouvoir le mieux-être physique, mental, émotionnel et spirituel des Innus de Uashat mak Mani-utenam par la promotion et la prestation de programmes globaux de santé et de services sociaux qui respectent les besoins, les aspirations, les désirs, la culture et les valeurs propres aux Innus.**

Les programmes et les services visent à soutenir et à outiller l'individu et sa famille dans la prise en charge de son bien-être et de son autonomie. Conformément à cette philosophie, nous croyons au respect des principes suivants :

- Chaque individu a le potentiel de se réaliser et de faire des choix pour sa santé ;
- Chaque famille et enfant a le droit à des services de qualité offerts au sein même de sa communauté ;
- Chaque individu de la communauté qui requière des services de santé devrait avoir accès à l'offre de service du Centre de santé ;
- Chaque professionnel de santé et services sociaux doit considérer le client avec respect et qu'il soit au cœur de nos décisions ;
- Chaque programme de la santé communautaire doit respecter nos valeurs innues.

Le présent plan de santé décrit les intentions de notre programmation au cours des cinq prochaines années. Pour la première fois, son processus d'élaboration a réellement été



consultatif et participatif. En effet, le présent plan quinquennal a été élaboré de manière concertée en consultant la population et l'ensemble du personnel. Au printemps 2017, nous avons réalisé un sondage auprès de 365 Innus dont 40% des individus résidant dans la communauté de Uashat et 52% à Mani-utenam. Le sondage a permis d'identifier et de regrouper les priorités selon la population. Puis, en août et en septembre, nous avons mené plusieurs journées et ateliers de programmation avec la majorité des membres du personnel des trois secteurs. En complément, nous avons mené des groupes de discussion auprès de 106 personnes dans le cadre des consultations sur le Service d'aide à l'enfance et à la famille des Premières Nations. Le plan final a été validé par le Comité de santé et il a reçu l'approbation du Conseil de bande. L'ensemble de notre processus a donc mené à l'identification et à la programmation des quatre priorités suivantes :

1. **Minuenimun** ou le mieux-être qui vise à promouvoir la bienveillance afin de prévenir les problématiques de dépendances, de santé mentale, de violence ;
2. **Miniuenniu** ou les saines habitudes de vie qui vise à aborder positivement la promotion d'une bonne hygiène de vie, les activités physiques et la saine alimentation pour prévenir les maladies chroniques ;
3. **Uiknishtatun** ou la famille qui est le noyau de nos communautés pour promouvoir le bien-être familial ;
4. **Innu-aitun Innu-aimun** ou l'identité culturelle qui vise à renforcer notre identité et notre culture servant de facteur de protection en santé communautaire.

Ces priorités n'occulent pas la routine de base qui est de planifier et mettre en œuvre les programmes obligatoires ou les programmes nationaux que Uauaitshitun continue d'offrir à la population. Dans le cadre de ce plan, nous avons volontairement adopté une approche synthétique et intersectorielle. Dans le continuum des soins et des services de santé, notre programmation a volontairement choisi d'investir en amont à la promotion et à la prévention dans le cadre de priorités avant que les clients passent dans la chaîne clinique du dépistage-diagnostic-traitement. La programmation des priorités de santé va à l'essentiel de ce que nous désirons réellement accomplir au cours des cinq prochaines années. Il met le focus sur l'intersectorialité de nos trois secteurs. Il ne contient donc pas tous les détails et activités de tout ce que fait Uauitshitun au cours de cinq ans, les rapports annuels feront état de cela. Ce plan fournit plutôt une perspective de planification et de mise en œuvre. Il traduit nos intentions. Nous savons aussi que la réalité évolue dans le temps. Nous revisiterons donc ce plan annuellement et y ferons les ajustements requis.

Ce plan quinquennal adopte la structure suivante. D'abord, il dresse le profil de la communauté, puis il présente la structure de gouvernance de la communauté, la structure de gestion de la santé, l'organisation des services de Uauitshitun, les priorités de santé et leur programmation. Pour finir, nous présentons les chapitres sur l'organisation du déploiement du plan quinquennal et la stratégie d'évaluation ainsi qu'une perspective budgétaire. Pour alléger le corps du texte, nous avons mis plusieurs détails dans les annexes du plan. Enfin, nous ferons une version synthétique en Français et Innu pour diffuser et faire connaître le plan à notre personnel et à notre communauté.



CHAPITRE 1 : PROFIL DE LA COMMUNAUTÉ

1.1 Situation géographique

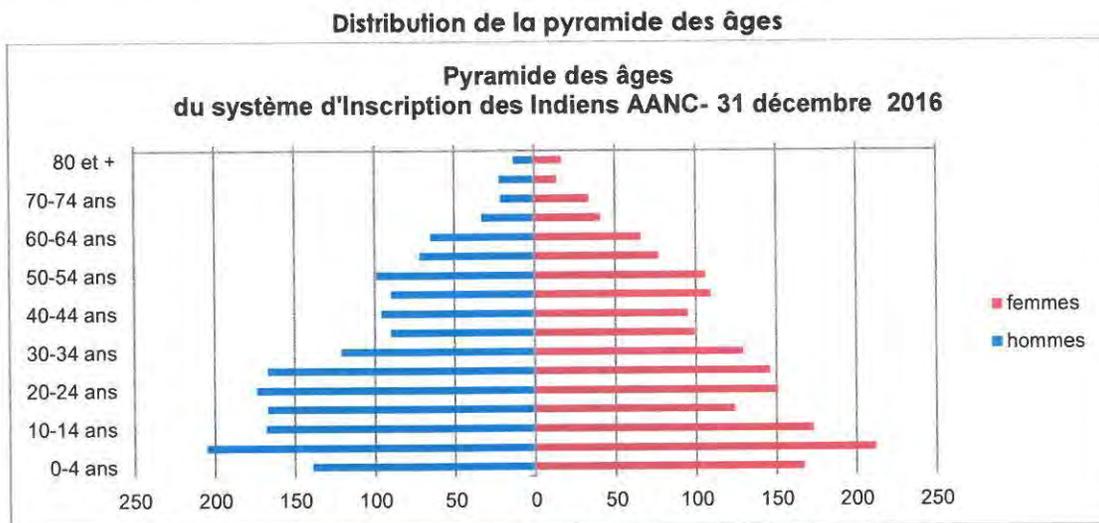
La communauté de Uashat mak Mani-utenam est localisée sur deux sites, soit Uashat qui est à même la ville de Sept-Îles et Mani-utenam (Maliotenam) qui se trouve à environ 14 km plus à l'Est. Les deux communautés-soeurs sont représentées par un seul Conseil de Bande Innu Takuaikan Uashat Mak Mani-utenam (ITUM). Notre communauté est située dans la région administrative de la Côte-Nord (09) au nord-est du Québec. Les communautés sont accessibles par transport terrestre toute l'année. La région de Sept-Îles possède aussi un aéroport régional. Selon les ressources naturelles Canada, Gouvernement du Canada, les lots des territoires et la superficie des communautés sont les suivantes :

- Uashat se divise en trois lots distincts soit :
 - ✓ Uashat (secteur où se situe le Conseil de bande) 106.6 Ha (1.066 km²);
 - ✓ Uashat (secteur à l'intérieur de la municipalité de la ville de Sept-Îles) 5.0 Ha (0,05 km²);
 - ✓ Et Uashat (Ka uatshinakanashkasht secteur d'agrandissement) 98.3 Ha (0,98 km²);
- Mani-utenam qui est à 14 km, a une superficie de 527.2 Ha (5,27 km²).



1.2 Démographie selon l'âge et le sexe

Afin d'être le plus près de la réalité de 2016, nous avons utilisé les données du système d'Inscription des Indiens de la population de Uashat Mak Mani-utenam au 31 décembre 2016 de AANC. Nous avons un total de 4612 individus d'inscrits, ceux identifiés comme vivant sur la communauté sont de 3498 membres. La répartition de la population est de 1738 (49,7%) pour les hommes et de 1760 (50,3%) pour les femmes vivant sur la communauté et dans son ensemble incluant les hors-réserves, nous avons un total de 2272 hommes inscrits et de 2340 femmes inscrites. Le graphique ci-dessous montre la pyramide des âges ici-bas.

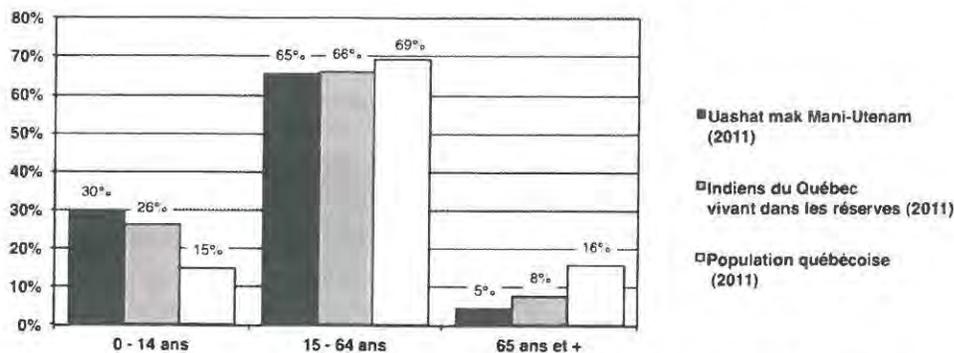


Les données sociodémographiques des communautés autochtones au Québec indiquent que l'âge médian des Innus est de 27 ans pour l'ensemble des communautés tandis que l'âge médian des Innus de Uashat Mak Mani-Utenam est de 20 ans, comparativement à plus de 40 ans pour les Québécois. Nous retrouvons la répartition des résidents par groupe d'âge et la comparaison avec les Autochtones du Québec et la population québécoise en 2011 dans le graphique de la page suivante. Il est important de souligner que le sous-enregistrement des enfants en bas âge peut avoir une influence sur la réalité des données disponibles. En effet, une étude démographique réalisée en octobre 2012 par GSP groupe conseil⁴ fait les constats du sous-enregistrement des enfants en bas âge. Certains enfants ne sont pas inscrits à leur naissance, les parents attendent l'inscription pour la fréquentation des établissements de la petite enfance ou du milieu scolaire. Cette situation a un impact sur le portrait de la démographie réelle.

⁴ GSP, Les consultants groupe conseil, Étude démographique Innu TakuaiKAN Uashat mak Mani-utenam (2012)



Répartition des résidents par grands groupes d'âge et comparaison, 2011⁽¹⁾



⁽¹⁾ Données non ajustées ne tenant pas compte du sous-enregistrement des enfants en bas âge.

Sources : – Registre des membres, ITUM (31 décembre 2011).
– Registre des Indiens, AADNC (31 décembre 2011).
– Statistique Canada, estimations de la population (1^{er} juillet 2011).

L'aspect du mouvement migratoire a aussi pour effet d'influencer la démographie de Uashat Mak Mani-Utenam, les allers-retours des membres pour des raisons professionnelles, scolaires, personnelles et les problématiques de logement peuvent avoir une incidence sur notre population. Il est aussi important de souligner que l'inscription massive de nouveaux membres à la suite de l'entrée en vigueur de la Loi sur l'Équité entre les sexes relatifs à l'inscription au Registre des Indiens en janvier 2011, a eu au cours des 12 mois qui ont suivi cette modification comme impact une augmentation de 8,3 %. Nous estimons que l'admission des nouveaux membres à une inscription C-3 s'est prévaluée de leur droit d'inscription au registre.

1.3 Projection démographique

Dans le cadre de l'étude démographique de 2012, les consultants de GSP ont réalisé une analyse de la projection de la population. Les données nous permettent de faire la comparaison avec nos données actuelles. Le tableau « Évaluation projetée de la population de Uashat Mak Mani-Utenam, 2011-2036 », émettant les hypothèses se distinguent ainsi :

- L'hypothèse faible ;
- L'hypothèse forte ;
- L'hypothèse moyenne.

Nos données actuelles représentent un écart entre les projections de 2016, ceux-ci correspondent davantage à la prévision de l'hypothèse forte de 2021 qui est de 3545 membres inscrits. Actuellement, nos membres vivant sur la communauté sont au nombre de 3498, soit un écart de 47 membres avec l'hypothèse forte de 2021 et un écart de 274 membres pour l'hypothèse forte de 2016. Nous vous présentons ici le tableau de la projection des consultants de GPS à des fins d'illustration des données projetées ; il serait nécessaire de refaire une analyse puisque malgré les projections de la population avec



des hypothèses faibles, moyennes et fortes, nous constatons que l'évolution de la démographie aura des conséquences sur les besoins de notre population en termes de services de santé.

Évolution projetée de la population de Uashat mak Mani-utenam, 2011-2036

	2011	2016	2021	2026	2031	2036
Hypothèse faible						
Résidents de Uashat	1 526	1 615	1 729	1 835	1 917	1 975
Résidents de Mani-Utenam	1 422	1 487	1 557	1 617	1 673	1 717
Sous-total, résidents	2 948	3 102	3 286	3 452	3 590	3 692
Non-résidents	1 029	1 157	1 182	1 205	1 207	1 197
TOTAL	3 977	4 259	4 467	4 657	4 797	4 889

Hypothèse moyenne						
Résidents de Uashat	1 526	1 652	1 807	1 957	2 038	2 096
Résidents de Mani-Utenam	1 422	1 511	1 609	1 699	1 754	1 799
Sous-total, résidents	2 948	3 163	3 416	3 656	3 792	3 895
Non-résidents	1 029	1 096	1 052	1 003	1 008	1 001
TOTAL	3 977	4 259	4 468	4 659	4 801	4 896

Hypothèse forte						
Résidents de Uashat	1 526	1 688	1 883	2 077	2 158	2 216
Résidents de Mani-Utenam	1 422	1 536	1 663	1 779	1 834	1 879
Sous-total, résidents	2 948	3 224	3 545	3 856	3 992	4 094
Non-résidents	1 029	1 035	923	805	813	807
TOTAL	3 977	4 259	4 468	4 661	4 805	4 901

La population de la communauté continuera à former une population relativement jeune, puisqu'en novembre 2016, nos données internes indiquaient que la population de 0-18 ans était de 1322 membres, en excluant les enfants non répertoriés par le registre de bande des affaires indiennes. Donc, la population 0-18 ans représente 37,8 % de la population d'Uashat Mak Mani-utenam.

Selon l'étude démographique de 2012, l'indice synthétique de fécondité (I.S.F.) qui représente la somme des taux de fécondité par âge était de 2,78 enfants par femme à Uashat mak Mani-utenam en 2011. Notons que la fécondité est plus élevée chez les Innus, puisque la moyenne des Premières Nations du Québec était de 2,4 selon les données de AANC⁵. Il est observé que l'indice de fécondité des résidentes de Uashat mak Mani-utenam est plus fort que celle des non-résidentes, soit 2,35 enfants. Ici, nous avons un tableau qui illustre les taux de croissance en pourcentage, mais comme précédemment, nous croyons qu'il y a une sous-évaluation des taux de croissance à venir pour la communauté, puisque jusqu'à maintenant, les hypothèses fortes sont encore faibles dans leur estimation.

⁵ Cahiers québécois de démographie, vol.38, no. 2 2009



**Taux de croissance de la population de Uashat mak Mani-utenam
2011-2036, selon 3 hypothèses**

	Taux 25 ans	Moyenne annuelle
Hypothèse faible		
Résidents de Uashat	29,4%	1,2%
Résidents de Mani-Utenam	20,7%	0,8%
Sous-total, résidents	25,2%	1,0%
Non-résidents	16,3%	0,7%
TOTAL	22,9%	0,9%
Hypothèse moyenne		
Résidents de Uashat	37,4%	1,5%
Résidents de Mani-Utenam	26,5%	1,1%
Sous-total, résidents	32,1%	1,3%
Non-résidents	-2,7%	-0,1%
TOTAL	23,1%	0,9%
Hypothèse forte		
Résidents de Uashat	45,2%	1,8%
Résidents de Mani-Utenam	32,1%	1,3%
Sous-total, résidents	38,9%	1,6%
Non-résidents	-22,2%	-0,9%
TOTAL	23,2%	0,9%

En ce qui concerne la population des enfants de 0 – 4 ans, qui représente la clientèle des centres de petite enfance ou des milieux de garde familiale, les données sont plus représentatives aux projections de 2016, c'est-à-dire on dénombre 307 enfants et les données du registre en AANC est de 308 enfants résidents sur la communauté. Nous pouvons voir dans le tableau une augmentation de 4%, 9% ou 15% au cours des 25 prochaines années.



Évolution projetée de la population résidente âgée entre 0 et 4 ans, 2011-2036

	2011	2016	2021	2026	2031	2036
Hypothèse faible						
Résidents de Uashat	168	164	190	188	176	173
Résidents de Mani-Utenam	139	144	149	152	150	147
TOTAL	307	307	339	339	325	319
Hypothèse moyenne						
Résidents de Uashat	168	164	192	193	185	183
Résidents de Mani-Utenam	139	144	150	156	156	153
TOTAL	307	307	342	349	341	336
Hypothèse forte						
Résidents de Uashat	168	164	194	199	194	193
Résidents de Mani-Utenam	139	144	151	159	162	160
TOTAL	307	307	346	359	356	353

1.4 Naissances et les décès (les causes)

La communauté connaît une augmentation des naissances des enfants, ce qui a pour conséquence un accroissement naturel de la population. Ici, nous voyons la comparaison avec la Côte-Nord et l'ensemble du Québec.

Naissances, décès et accroissement naturel de 1991 à 2016

	1991	1996	2001	2006	2011	2012	2013 ^{p2}	2014 ^p	2015 ^p	2016 ^p
Uashat mak Mani-utenam										
Naissances	N/A	60	62	75	72	67	84	75	72	79
Décès	N/A	N/A	N/A	13	18	17	21	13	19	18
Accroissement naturel	N/A	N/A	N/A	62	54	50	63	62	53	61
Côte-Nord¹										
Naissances	1 536	1 274	1 002	1 083	1 089	1 012	1 004	1 050	956	926
Décès	489	555	606	620	697	714	692	725	775	741
Accroissement naturel	1 047	719	396	463	392	298	312	325	181	185
Ensemble du Québec										
Naissances	97 348	85 130	73 699	84 453	88 618	88 933	88 867	87 700	86 800	86 400
Décès	49 243	52 278	54 372	56 748	59 539	61 007	60 800	63 000	64 400	63 600
Accroissement naturel	48 105	32 852	19 327	27 705	29 079	27 926	28 067	24 700	22 400	22 800

1. Les naissances sont réparties selon la région administrative (RA) de résidence de la mère et les décès selon la RA de résidence de la personne décédée.

2. Les données sur les naissances de 2013 sont définitives

Source : Institut de la statistique du Québec et données des registres centres de santé Uauitshitun



En ce qui concerne les décès, les données de Santé Canada pour la période de 2004-2014, identifient trois causes principales de mortalité en lien avec les décès de nos membres, les constats sont les suivants : 1) la cardiopathie ischémique et infarctus du myocarde (23,0%); 2) les tumeurs de nature non précisée (22,3%); 3) le cancer du poumon (17,3 %). En quatrième position, le suicide par pendaison (7,9%) et les autres troubles de l'appareil circulatoire – sans précision (6,5%).

Causes décès

Nous croyons qu'il y a une sous-évaluation des données en lien avec les troubles mentaux et la problématique du suicide, nous retrouvons ici des données internes répertoriées qui retracent la situation de 1994-2015. Les enjeux avec les décès par suicide ont pour effet de fragiliser les membres, puisque les impacts collatéraux vécus peuvent entraîner d'autres difficultés émotionnelles par les familles. La tranche d'âge la plus vulnérable est celle des gens dans la vingtaine.

Santé mentale

Décès par suicide de 1994-2015

Tranches de 3 ans	Nombre de décès	Moyenne d'âge	Médiane d'âge	% de femmes	Cohortes	
					DDN/5ans	Décès/Suicides
1994-1996	8	23,2	24,7	1	1955-1959	1
1997-1999	9	26,2	25,2	2	1960-1964	6
2000-2002	7	27,2	23,0	2	1965-1969	8
2003-2005	4	35,6	35,1	4	1970-1974	14
2006-2008	4	41,6	43,0	1	1975-1979	6
2009-2011	5	39,0	43,9	1	1980-1984	2
2012-2014	2	22,1	22,1	1	1985-1989	3
2015	5	28,2	24,3	4	1990-1994	4
Total	44	29,6	26,7	16		44
Pourcentages				36		

1.5 Indicateurs sociaux : scolarité, emploi et revenu

Les indicateurs sociaux sont des données qui révèlent les conditions de vie des membres en lien avec le niveau de scolarité, les emplois et le revenu. Notamment, Santé Canada indique qu'en 2011, les Autochtones de 25 à 64 ans au Québec détiennent un certificat, un diplôme ou un grade d'une école de métiers, d'un collège ou d'une université, ce qui représente 52% chez les Premières Nations, 59 % chez les Métis et 27 % chez les Inuits.



Niveau de scolarité le plus élevé chez la population âgée de 25 à 64 ans, selon certains groupes d'identité autochtone et la région de résidence, Québec, 2011

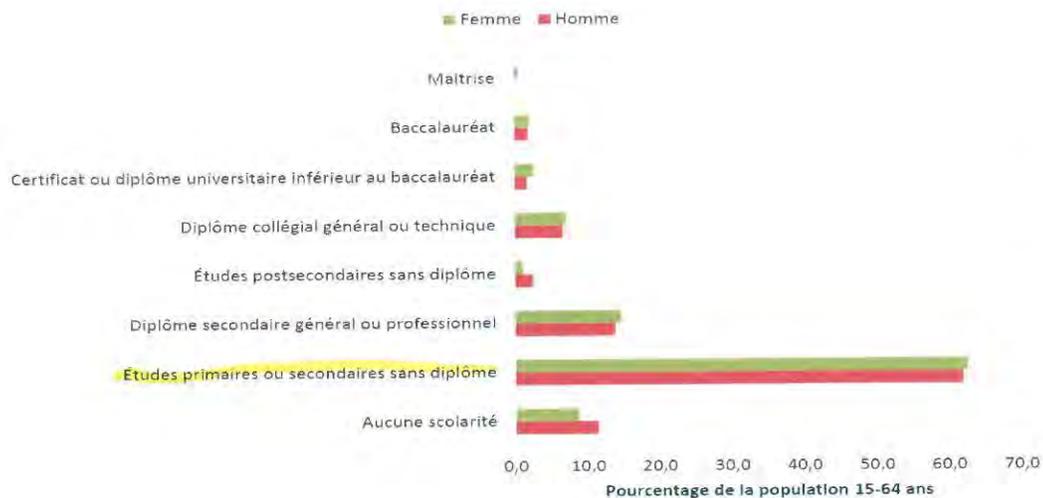
	Population totale d'identité autochtone		Premières Nations – Identité unique		Métis – Identité unique	Inuits – Identité unique	Population d'identité non autochtone
	total	vivant dans une réserve	hors réserve	pourcentage			
Aucun certificat, diplôme ou grade	29,5	31,3	48,5	20,9	23,1	55,8	14,5
Diplôme d'études secondaires ou l'équivalent	17,1	16,8	11,2	20,8	17,6	17,0	19,6
Certificat, diplôme ou grade de niveau postsecondaire	53,4	51,8	42,4	58,3	59,2	27,2	65,9
Certificat ou diplôme d'apprenti ou d'une école de métiers	24,0	22,6	20,3	24,2	27,2	16,8	18,8
Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire	15,9	16,2	13,4	18,2	17,0	6,2	18,4
Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat ¹	3,9	4,1	3,5	4,5	4,0	1,6	5,2
Certificat, diplôme ou grade universitaire au niveau du baccalauréat ou supérieur	9,6	8,9	5,2	11,5	11,1	2,5	23,5

¹ Des comparaisons avec d'autres sources de données semblent indiquer que la catégorie « Certificat ou diplôme universitaire inférieur au baccalauréat » a été surestimée dans le cadre de l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM). Les données de cette catégorie devraient être interprétées avec prudence. Pour obtenir plus de renseignements sur les concepts et la qualité des données, veuillez consulter les guides de référence de l'ENM et le Guide de référence sur la scolarité sur le site Web de Statistique Canada.

Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages de 2011

Dans le cadre d'un projet recherche du « Profil de la main-d'œuvre de Uashat mak Mani-utenam » réalisé en 2015 avec la Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec (CDRHPNQ) et la Commission locale des Premières Nations (CLPN), nous avons fait ressortir les données au niveau des indicateurs de scolarité ; le tableau suivant illustre la situation de la communauté de Uashat mak Mani-utenam en comparaison des sexes.

Niveaux d'éducation complétés par sexe



En outre, les principaux domaines choisis pour les études secondaires et postsecondaires indiquent que 37,4 % des membres de la communauté ont opté pour une formation générale durant la période de 2004-2014. Les domaines d'études sont représentés dans le tableau ici-bas.

Domaine pour les études secondaires ou postsecondaires, entre 2004 et 2014

Domaines d'études	Proportion (%)
Techniques policières	2,2
Formation générale	37,4
Éducation spécialisée	2,9
Sciences et soins de santé	2,6
Administration et comptabilité	6,8
Sciences humaines et sociales	7,3
Technologie de l'information	1,1
Construction et métiers connexes	6,6
Architecture et design	0,4
Arts et cultures	1,3
Gestion	2,0
Éducation	5,1
Conduite d'engins lourds	9,2
Génie et mécanique	1,8
Services sociaux	2,2
Communication	0,7
Cuisine	1,1
Autres domaines	9,0

Source : Direction du secteur-éducation d'ITUM, tableau CDRHPNQ

Aussi, au niveau de l'employabilité, les données internes de la main-d'œuvre d'ITUM font ressortir la répartition du statut d'emploi par sexe, ce qui permet d'avoir un portrait de la communauté quant au statut d'emploi pour les salariés, les travailleurs autonomes, les sans-emploi et les étudiants.

Répartition du statut d'emploi par sexe

Statut d'emploi	Les deux sexes	Homme	Femme
	%		
Salarié	32,7	32,9	32,6
Travailleur (se) autonome	1,2	0,8	1,6
Sans emploi	52,3	52,0	52,6
Étudiant (e)	13,8	14,3	13,3

Source : questionnaire-profil d'ITUM, tableau CDRHPNQ

De plus, les données du taux de chômage à ITUM sont très élevées. Nous avons une illustration des données en comparaison avec les statistiques canadiennes.



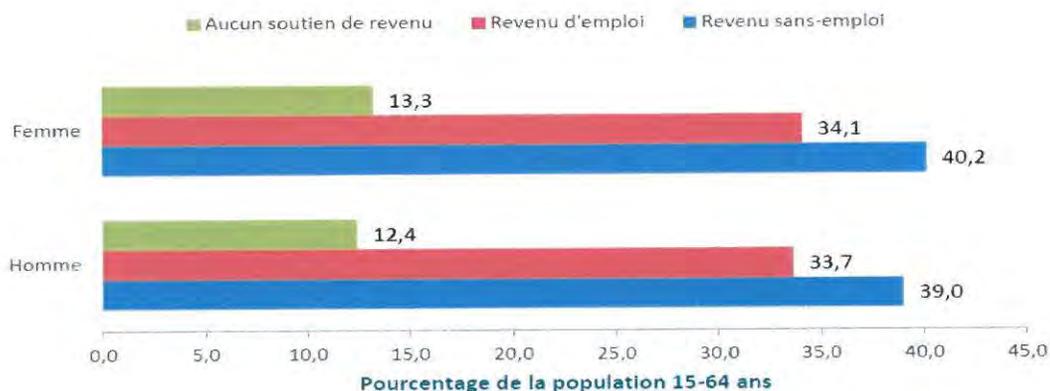
Taux d'activité, d'emploi et de chômage comparaison ITUM-Canada

	ITUM	Canada
	%	
Taux d'activité	73.3	66.0
Taux d'emploi	33.9	61.6
Taux de chômage	53.8	6.6

Source : questionnaire-profil d'ITUM, tableau CDRHPNQ

En ce qui concerne les sources de revenus, les résultats dans le profil de main d'œuvre indiquent la répartition des sources de revenus selon le sexe des membres de Uashat mak Mani-utenam.

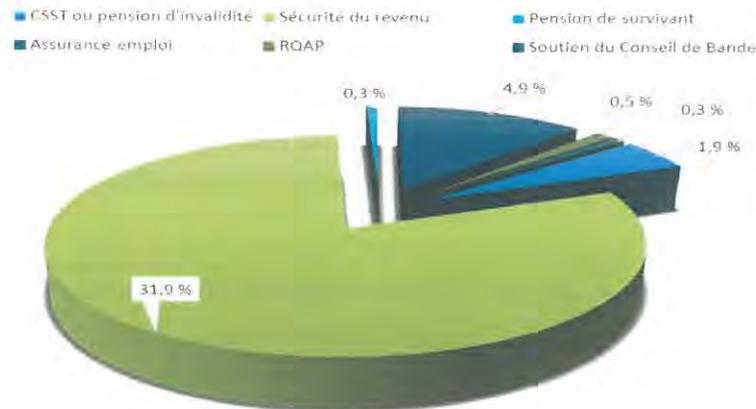
Répartition des sources de revenu selon le sexe



Pour la proportion des personnes de 15 – 64 ans avec un revenu de sans-emploi, nous retrouvons les données suivantes dans le tableau ici-bas, tiré du profil de main-d'œuvre. Nous pouvons voir que la majeure des revenus des sans-emplois représente 31,9% par la sécurité du revenu.



Proportion de personnes de 15-64 ans avec revenus de sans-emploi

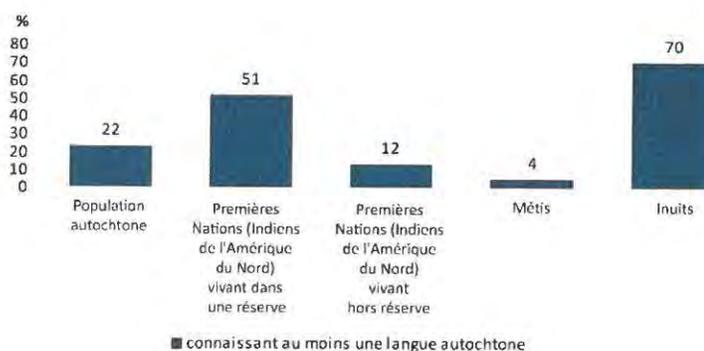


1.6 Langue et la culture

La préservation des langues autochtones sont des enjeux qui préoccupent les communautés. Selon les données de Statistique Canada⁶ (2006), la connaissance des langues autochtones réfère à la capacité de soutenir une conversation dans une langue autochtone. Le graphique suivant montre la répartition selon les groupes des Premières Nations, Métis et Inuits.

Proportion de la population d'identité autochtone connaissant au moins une langue autochtone, 2006

Description



Pour ce qui est de la langue, selon Statistique Canada⁷ les Premières Nations vivant dans une communauté déclarent utiliser à 79 % leurs langues maternelles autochtones. Il est

⁶<https://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/2010001/c-g/c-g008-fra.htm>

⁷ idem



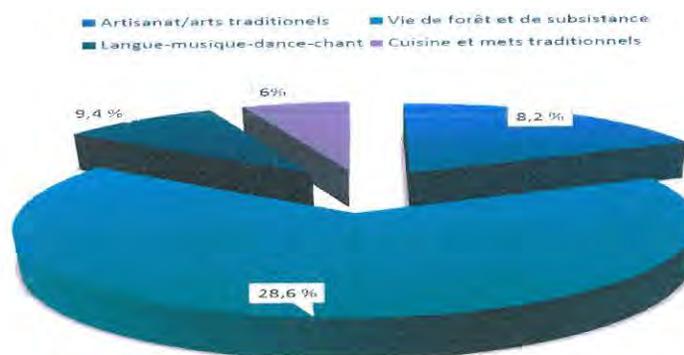
aussi important de mentionner que les langues autochtones les plus parlées par les Premières Nations sont les langues cries, l'innu/montagnais et l'atikamekw. **Selon l'étude du profil de la main-d'œuvre de la communauté de Uashat mak Mani-utenam de 2015, les données recueillies démontrent que la situation la plus préoccupante en ce qui concerne la langue est la tranche d'âge de 15- 24 ans, puisque celle-ci est de 20,8%.** Ces données nous rappellent que nous devons mettre en place des actions concrètes afin d'assurer la promotion et la transmission de la langue auprès des membres de la nation innue.

Langues parlées et écrites dans la communauté par groupes d'âge

	15-64	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64
	%					
Innu	41,7	20,8	50,0	55,9	50,0	43,1
Français	91,6	92,1	90,6	76,3	91,5	91,9
Anglais	11,9	17,8	15,2	7,1	6,0	5,7
Innu et Français	38,0	19,5	45,1	51,1	46,0	23,5
Innu et Anglais	5,6	3,6	10,7	6,5	3,5	2,0
Français et Anglais	11,1	17,5	13,4	8,1	5,5	3,0
Innu, Français et Anglais	5,3	3,6	9,8	6,5	3,5	2,4

Source : questionnaire-profil d'ITUM, tableau CDRHPNQ

En ce qui concerne les savoirs culturels, nous constatons que nos membres pratiquent encore des activités dites traditionnelles. Ce savoir-faire traditionnel se manifeste par des activités liées par la fréquentation du territoire innu, dans la préparation des mets traditionnels, des activités d'art et d'artisanat ainsi que des activités centrées sur la langue, la musique, la danse et le chant. Le recensement réalisé en 2015 auprès de la population fait l'illustration des activités pratiquées par les 15 – 64 ans.



1.7 Situation du logement et immobilisations

La communauté de Uashat mak Mani-utenam comporte un ensemble d'immobilisation et infrastructure diversifiée visant à répondre aux besoins de la population en habitation, communautaire et économique. Les bâtiments disponibles sur les deux territoires sont des services gérés par le Conseil de bande d'ITUM, soit des services administratifs, service public, service éducatif, service de loisirs et culturels; mentionnons que sur notre territoire nous avons aussi des organismes de communication et entrepreneuriat tel que la radio communautaire, le journal Innuvelle et des entreprises locales variées. **Pour la liste des bâtiments ITUM, voir l'annexe n°1.**

Selon statistique Canada⁸, au Québec la situation dans les communautés des Premières Nations vivant dans un logement surpeuplé représente 26%, c'est-à-dire un logement comptant plus d'une personne par pièce. En ce qui concerne la communauté sur la situation du logement, nous avons 489 unités à Uashat et 504 unités à Mani-utenam; il est important de mentionner que les demandes d'unités de logement en attente sont à approximativement de 300 unités manquantes. Dans l'étude de « Mise à jour des plans d'aménagement communautaire » réalisée par la firme urbaniste-conseil GSP en 2014, il y a 14 et 18 unités de logement construites chaque année, plus au moins 7 et 9 unités répartis entre Uashat et Mani-utenam. Selon le rapport annuel sur l'infrastructure communautaire et le logement de 2016, les données en lien avec les conditions de logement devant être remplacées ou ayant besoin de rénovations majeures sont aux nombres de 31 unités. Dans cette perspective, le manque de logement occasionne le surpeuplement du logement et une migration des membres de notre communauté en milieu urbain.

1.8. Atouts de la communauté

Géographie avantageuse : Malgré l'éloignement face au Sud du Québec, nous pouvons dire que la situation géographique de Uashat mak Mani-utenam représente un atout puisque la communauté est en zone urbaine et elle est au carrefour de plusieurs moyens de transport. Les membres ont accès à des soins de santé auprès du centre hospitalier de la Côte-Nord. Aussi, les conditions économiques et les accessibilités d'emploi dans le secteur minier permettent à nos membres d'avoir d'autres opportunités d'emploi. Par ailleurs, une école aux adultes, soit le Centre régional de l'éducation aux adultes (CRÉA) vient de faire son ouverture, celle-ci permettra d'offrir des services d'alphabétisation, de mise à niveau pour accessibilité aux études postsecondaires, et autres.

difficultés
pour les
autres
Communautés

⁸ <https://www.statcan.gc.ca/pub/89-645-x/2010001/c-g/c-g008-fra.htm>



Une population jeune et en forte croissance : Nous avons vu dans la partie sur la démographie que notre communauté peut compter sur une population très jeune, avec un âge médian de deux fois plus de jeunes que le Québec. Notre taux de natalité est supérieur même à l'ensemble des Premières Nations. Bien entendu, la croissance démographique apporte des défis de logement, d'éducation et d'emploi mais elle est généralement vue comme une opportunité avec un meilleur état de santé qu'une population âgée; La masse de notre population est aussi considérable.

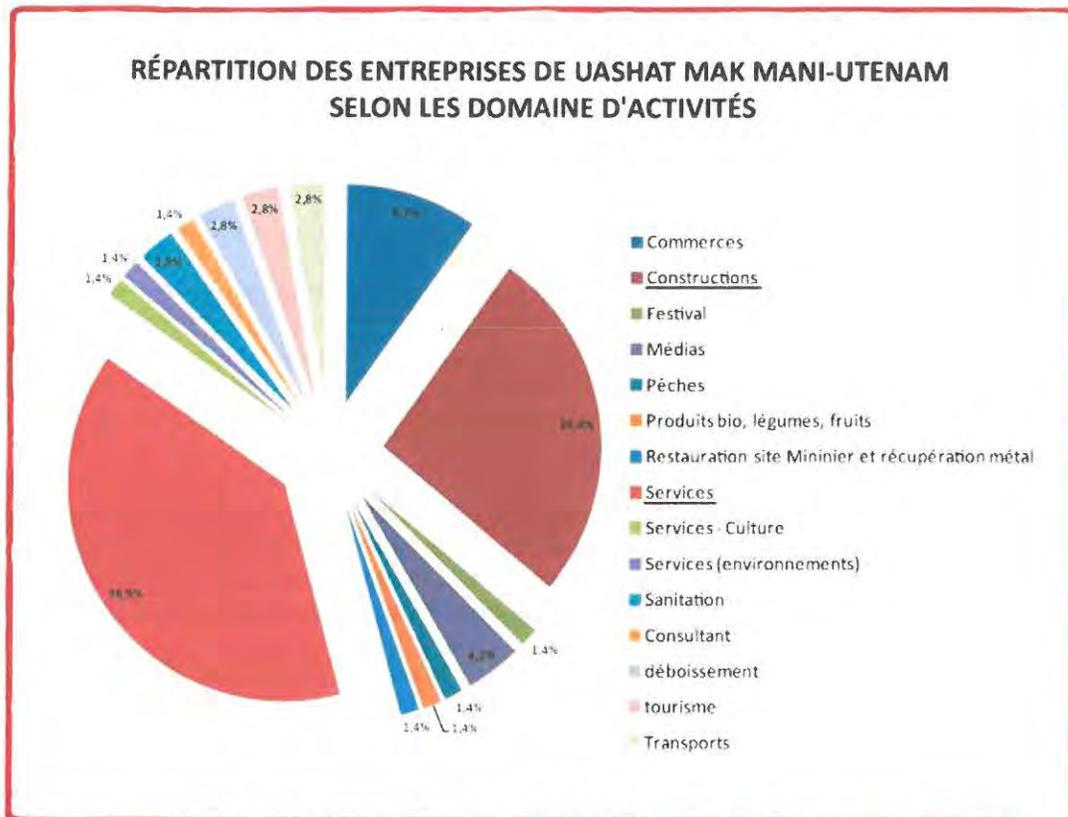
De bonnes infrastructures : Les infrastructures publiques de la communauté de Uashat mak Mani-utenam sont nombreuses et variées. Elles contribuent à répondre aux besoins locaux des membres vivant sur le territoire de la communauté. Les secteurs administratifs s'assurent des services généraux gérés par ITUM. Ainsi, le centre administratif fait la gestion des services publics tels que l'entretien des bâtiments, des routes, de l'usine de traitement de l'eau, du Musée Shaputuan, des centres communautaires, des parcs, des installations sportives, de loisirs, des écoles et des différents points de services de santé et des services sociaux. Des bâtiments permettant de faire la prestation de services d'hébergement et autres sont disponibles sur la communauté.

En somme, nos services s'apparentent à une petite municipalité, par contre, la forte croissance démographique engendra des besoins considérables en habitation, en équipements communautaires et en espaces dédiés au développement économique, ceux-ci seront donc à prévoir.

Spécifiquement à la santé, un personnel de qualité : La communauté peut compter sur des professionnels de qualité et qui sont relativement stable pour plusieurs postes clés.

Un entrepreneuriat local diversifié : L'économie locale de Uashat mak Mani-utenam compte environ une cinquantaine d'entreprises spécialisées dans les domaines variés comme la pêche, la transformation, la foresterie, le piégeage, la construction, le transport, la pourvoirie, l'art, l'artisanat, la restauration, l'ingénierie, la gestion et autres. La société de développement économique de Uashat mak Mani-utenam (SDEUM), réalise la gestion des entreprises appartenant à la communauté et a pour objectif de stimuler l'entrepreneuriat en accompagnant les membres dans leurs projets de développement économique local. Nous retrouvons dans le graphique produit par SDEUM la répartition les entreprises présentes sur notre territoire. Ceci dit, nous observons que les entreprises de services et de construction sont les domaines les plus représentatifs des activités économiques locales.





Source : http://www.sdeum.ca/index/portrait_socio_economique

1.9. Défis de la communauté

Les principaux défis de la communauté ont été décrits tout au long des sections précédentes concernant le profil de notre communauté. Voici un résumé des défis génériques de la communauté **sans égard aux problématiques de santé** qui seront présentées dans une autre section :

- Faible niveau d'éducation
- Pauvreté et taux de chômage très élevé
- Érosion linguistique, surtout chez les 15-24 ans
- Manque de logement avec la croissance de la population



CHAPITRE 2 : STRUCTURE POLITIQUE ET GESTION DE LA SANTÉ

2.1 Rôles des élus en regard de la santé et les services sociaux

LA STRUCTURE POLITIQUE

Innu Takuaikan Uashat mak Mani-utenam (ITUM) est composé d'un (1) chef et de neuf (9) conseillers élus par la population de Uashat mak Mani-utenam et ce pour un mandat de trois (3) ans. Le Conseil de bande établit des règles qui régissent son fonctionnement, entérine par résolutions les embauches et prend les décisions financières afin de bien répondre aux modalités de l'entente de contribution de Santé Canada. Au cours de leur mandat, les membres élus ont pour mission :

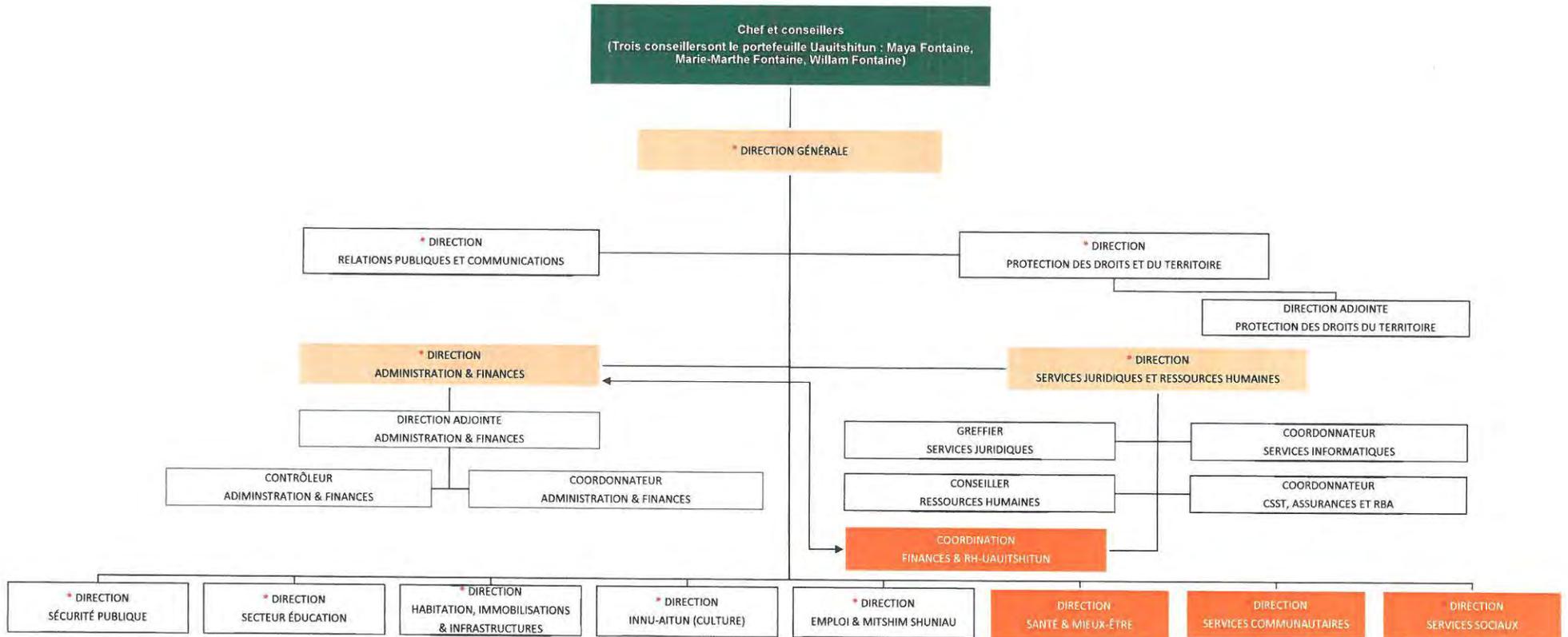
- D'assurer le bien-être général de la population en fournissant des services répondant à leurs attentes et leurs besoins dans les domaines suivants: développement socio-économique, santé et services sociaux, éducation et culture, habitation, immobilisations et infrastructures et gestion du territoire;
- De promouvoir le développement et l'amélioration de la qualité de vie des membres de la communauté par des projets et des initiatives communautaires bénéfiques à tous ;
- De défendre et promouvoir les droits des Innus de la communauté en matière de territoire, de langue et de culture ;
- D'assurer une saine gestion des ressources dans un souci constant de livrer des services de qualité aux membres de sa communauté.

De plus, les membres du conseil ont le rôle de représenter la communauté auprès des instances gouvernementales et des associations politiques à l'extérieur de la communauté. Afin d'assurer une saine gestion et un suivi des dossiers de l'ensemble de Innu Takuaikan Uashat mak Mani-utenam, la direction générale établit le lien entre les conseillers et les différents secteurs de I.T.U.M. Chaque membre élu est alors assigné à différents secteurs de ITUM et est porteur de différents dossiers tels que :

- Communication et relations publiques ;
- Politiques externes et relations intergouvernementales ;
- Administration et finances ;
- Santé, services sociaux et services communautaires (Uauitshitun) ;
- Sports, loisirs et jeunesse ;
- Développement économique et affaires ;
- Habitation, Immobilisations et infrastructures ;
- Aînés et condition féminine ;
- Culture et Innu-aitun;
- Éducation ;
- Mitshum Shuniaiu, emplois et formations.

Le figure de la page suivante montre la structure de gouvernance de la communauté.





LÉGENDE

* Les occupants de ces postes font partie du Comité de gestion



Comme le démontre la structure organisationnelle de la communauté, le Conseil de bande (ITUM) est l'instance de qui toutes les directions relèvent : éducation, sécurité publique, infrastructures, emploi, ressources territoriales, développement économique, etc. ITUM chapeaute aussi bien entendu Uauitshitun.

2.2 Description de la structure de gestion de la santé

En 2017, le centre Uauitshitun a fait l'objet d'une restructuration organisationnelle à la demande de ITUM suite à une évaluation de la structure par la firme André Fillion en 2015. Ce remaniement a eu pour effet de procéder à l'ouverture de trois postes de direction au sein de Uauitshitun : santé, services communautaires et services sociaux.

La création de ces postes permet d'avoir une vision commune de l'ensemble des employés de Uauitshitun et un travail de collaboration entre ces directions et les différents secteurs de la santé, des services communautaires et des services sociaux. Notons que chacune des trois directions de Uauitshitun siège aussi au comité de direction de ITUM. Les trois directions de Uauitshitun co-gèrent ainsi le portefeuille des programmes issus de :

- Programmes santé de la DGPNI assumés par la direction de la santé et la direction des services communautaires. **Voir la légende des organigrammes directions (3 secteurs) en annexe 2**
- Programme de Service à l'enfance et à la famille des premières Nations (SEFPN) assumé par la direction des services sociaux et la direction des services communautaires pour la protection et la prévention. **Voir la légende des organigrammes directions (3 secteurs) en annexe 2**

2.3 Comité de santé et le suivi par ITUM

Des liens de collaboration avec nos dirigeants politiques sont préconisés afin d'assurer une meilleure prestation de services et un meilleur arrimage lorsque des gens de la communauté interpellent les élus pour avoir des informations à propos des services de santé.

Ainsi, les trois directions de Uauitshitun sont orientées par un Comité de santé de la communauté. Celui a pour mandat d'accompagner et de recommander au centre Uauitshitun le choix des priorités en santé et peut participer à l'élaboration de la programmation. Par exemple, le Comité de santé est appelé à valider le plan de santé quinquennal.

Les membres du comité de santé sont :

- Trois (3) élus porteurs des dossiers santé, services sociaux et services communautaires;
- Trois (3) directions de Uauitshitun;
- Deux (2) coordonnateurs de services à Uauitshitun (finance et SDMC);



- Quatre (4) membres de la communauté de Uashat mak Mani-utenam

Vous trouverez en annexe 3, le mandat du comité du plan de santé 2018-2023 et en annexe 4, la résolution du comité de santé numéro consécutif 17-18-17.

En plus, selon les besoins ou à la demande de ITUM, nos services doivent occasionnellement faire une présentation sur des sujets en matière de santé, que cela soit au niveau administratif, au niveau des politiques et procédures d'un programme, d'un service ou tout autre sujet, à l'ensemble des membres élus incluant le chef, normalement lors d'une réunion régulière administrative tenue toutes les deux semaines au conseil de bande. ***Vous trouverez en annexe 5, la résolution reddition de comptes.***

2.4 Ressources humaines de Uauitshitun

Cette section offre une vue synthétique des ressources humaines des trois directions. **Les organigrammes composant les secteurs d'activités de Uauitshitun se trouvent en annexe 2 et la description précise des tâches des employés en annexe 6.**

La santé

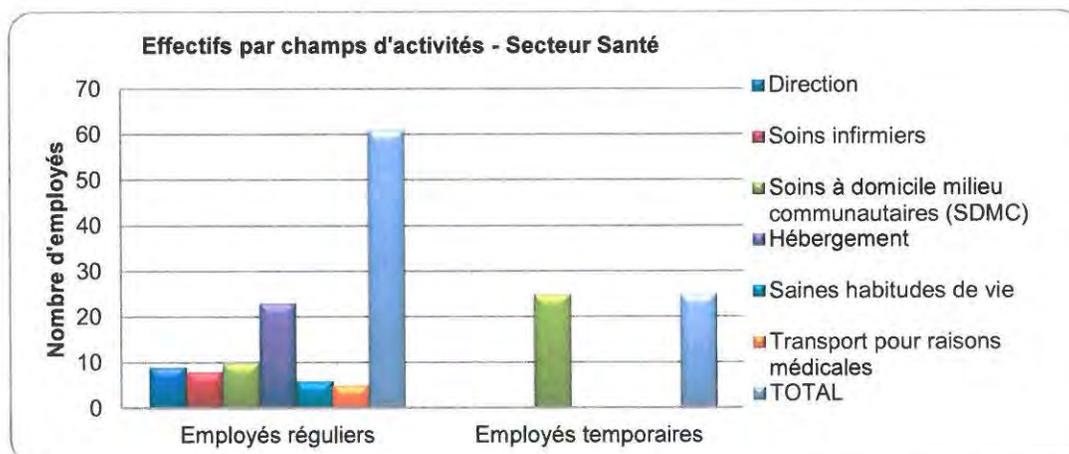
Le secteur de la santé regroupe 5 champs d'activités dont :

1. Soins infirmiers dont l'effectif est composé de huit (8) postes réguliers ;
2. Soins à domicile et en milieu communautaire composé de dix (10) postes réguliers et de vingt-cinq (25) temporaires ;
3. L'hébergement avec un effectif de vingt-trois (23) postes réguliers ;
4. Saines habitudes de vie avec un effectif de six (6) postes réguliers ;
5. Transport pour raisons médicales avec cinq (5) postes réguliers ;

Notons qu'en ce qui a trait au service d'hébergement, nous desservons une clientèle avec une déficience intellectuelle (Foyer Uikupeshakan) et une clientèle atteinte de la Maladie Huntington en plus d'une clientèle semi-autonomes (Foyer Tshishennuat (aînés)). Tous ces centres d'hébergements sont sous la responsabilité du secteur de la santé et sont regroupés sous un même toit, soit au centre multifonctionnel Uikupeshakan.

Secteur santé	Fonction/ Postes réguliers	Temporaires
Direction support administratif et clinique	9	0
Soins infirmiers	8	0
Soins à domicile milieu communautaires (SDMC)	10	25
Hébergement	23	0
Saines habitudes de vie	6	0
Transport pour raisons médicales	5	0
TOTAL	61	25





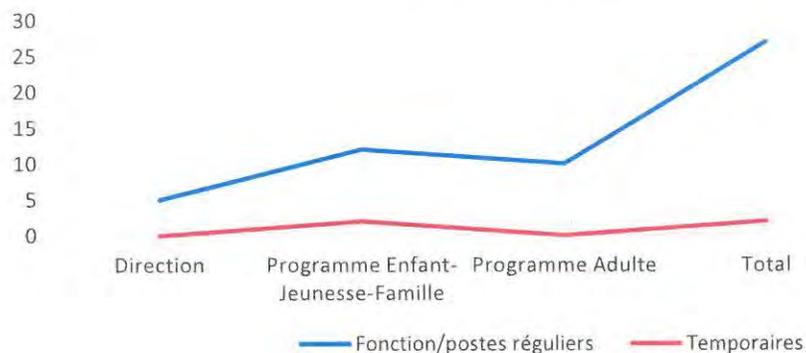
Services communautaires

Le secteur est composé de deux (2) champs d'activités soit le « Programme Enfant-Jeunesse-Famille » et le « Programme Adulte » réparti de la façon suivante :

1. Programme Enfant-Jeunesse-Famille avec un effectif de douze (12) postes réguliers et deux (2) temporaires ;
2. Programme Adulte avec un effectif de 10 postes réguliers.

Secteur services communautaires	Fonction/postes réguliers	Temporaires
Direction support administratif et clinique	5	0
Programme Enfant-Jeunesse-Famille	12	2
Programme Adulte	10	0
Total	27	2

Effectifs par champs d'activités - Secteur services communautaires



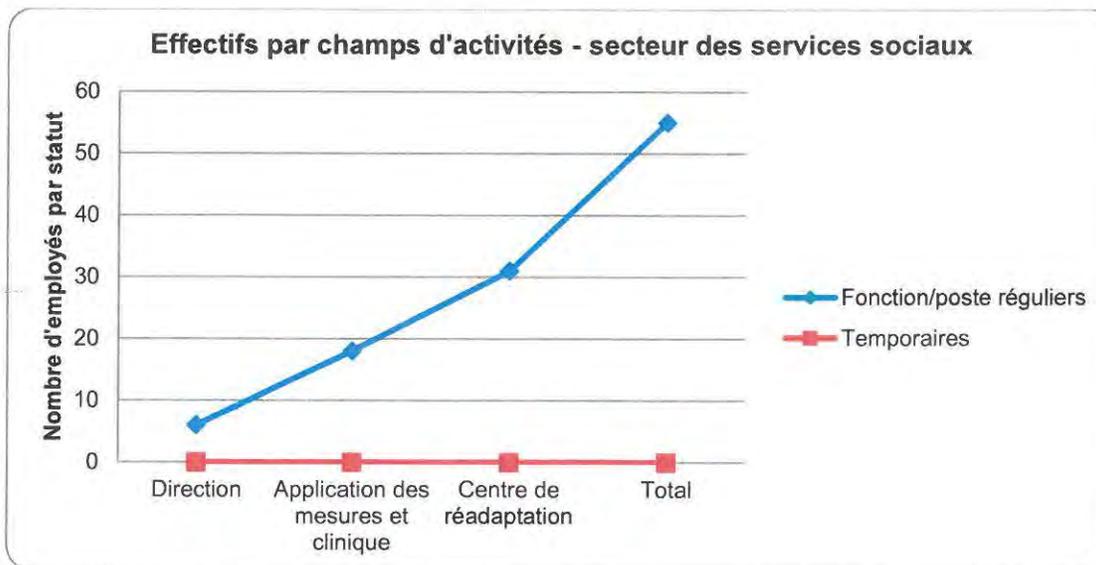
Services sociaux

Ce secteur regroupe deux secteurs d'activités, soient :

1. L'application des mesures et clinique avec un effectif de dix-huit (18) postes réguliers
2. Le Centre de réadaptation avec un effectif de 31 postes réguliers.

Le Centre de réadaptation Mishta-An Auass est sous la responsabilité de la direction des services sociaux depuis janvier 2017.

Secteur services sociaux	Fonction/postes réguliers	Temporaires
Direction support administratif et clinique	6	0
Application des mesures et clinique	18	0
Centre de réadaptation	31	
Total	55	0



2.5 Qualité des services

La qualité des soins de santé s'entend de l'obtention de meilleurs résultats en matière de santé allant jusqu'à une meilleure expérience pour tous les membres de la communauté de Uashat mak Mani-utenam. Un système de santé de qualité supérieure signifie pour nous que tous les professionnels œuvrent avec rigueur, en suivant les politiques et procédures ainsi que leur code de déontologie respectif et ce en s'assurant de mettre continuellement leurs connaissances à jour. L'accès à des services comparables à ceux de la province est un enjeu majeur qui constitue un défi quotidien. L'équité des services est également une composante importante de la qualité des soins, c'est pourquoi nos pratiques quotidiennes et nos déterminants de services s'appuient sur des outils d'évaluation scientifiques et reconnus pour déterminer et répondre aux besoins de la clientèle. Pour transformer ces bonnes intentions en réalités, les gestionnaires jouent un rôle important car ils doivent assurer la supervision de chaque professionnel. **Voir annexe n° 7 « Politique de supervision professionnelle ».**

En vertu de la *Loi sur la santé et services sociaux*, le Centre de santé de Uashat mak Mani-utenam reconnaît l'importance de la protection des renseignements et des droits de chaque client. À cet effet, une **procédure « Gestion d'un dossier d'un usager » voir annexe n°8** est remis à l'employé afin qu'il procède à la lecture des directives à suivre reposant sur les diverses lois, responsabilités ainsi que sur son rôle professionnel face à l'usager. En parallèle à la gestion du dossier du client, l'employé est par la suite amené à consulter la **« Procédure dossier d'un usager » voir l'annexe n°9** où tous les renseignements de base ainsi que les normes de rédaction permettant d'identifier l'usager sont cités. De plus, nous tenons également informés nos employés de notre **« Politique de confidentialité des renseignements personnels » voir annexe n° 10** et de l'importance de la respecter dès leur embauche, et ce pour la durée de leur emploi au sein de l'organisation et même après leur départ. Chaque professionnel signe une entente de confidentialité qui les lie par rapport à cette responsabilité et qui régit leurs actions.

Tout usager du Centre de santé de Uashat mak Mani-utenam qui croit que ses droits n'ont pas été respectés ou qui est insatisfait des services qu'il a reçus peut exprimer son insatisfaction ou déposer une plainte à ce sujet. **La « Politique de traitement des plaintes des clients » voir annexe n° 11** assure l'évaluation et le traitement de la plainte. Chaque gestionnaire de services est responsable d'accompagner le client dans sa démarche et de traiter la plainte.



Droits des usages prévus dans le LSSSS (Loi sur les services de santé et les services sociaux)

1. Droit à l'information (art. 4);
2. Droit aux services (art. 5, 13 et 100);
3. Droit de choisir son professionnel ou l'établissement (art. 6 et 13);
4. Droit de recevoir les soins que requiert son état (art. 7);
5. Droit de consentir à des soins ou de les refuser (art. 8 et 9);
6. Droit de participer aux décisions (art. 10);
7. Droit d'être accompagné, assisté et d'être représenté (art. 11 et 12);
8. Droit à l'hébergement (art. 14);
9. Droit de recevoir des services en langue anglaise⁹ (art. 15);
10. Droit d'accès à son dossier (art. 17 à 28);
11. Droit à la confidentialité de son dossier d'utilisateur (art. 19);
12. Droit de porter plainte (art. 34, 44, 53, 60 et 73).

⁹ Nous transposons ce droit en offrant la traduction des services dans la langue innue au besoin



CHAPITRE 3 : ORGANISATION DES SERVICES

3.1 Deux sites de services

Les soins de santé sont offerts à deux endroits : le premier centre de santé se trouve à Uashat et comprend le secteur de la santé ainsi que celui des services sociaux ; les services de première ligne (communautaires) ont leur propre bâtiment voisinant celui de la santé. À 14 kilomètres à l'est de Uashat, nous retrouvons Mani-utenam, où se trouve le second centre de santé offrant les services du secteur santé. Non loin de là, la « Maison de la famille » accueille une partie des services de première ligne.

Les deux sites disposent donc des mêmes services. Les Centres de Santé sont ouverts du lundi au jeudi de 8h00 à 16h30 et le vendredi de 8h00 à 12h00. En cas de changement dans l'horaire ou lors d'un congé prévu, une affiche est apposée sur chaque porte centrale des deux Centres de Santé et l'information est diffusée via la radio communautaire. Nous avons donc des employés de base dans chacun des deux sites. De plus, il y a des employés qui doivent se déplacer selon un horaire variable à Mani-utenam et à Uashat pour offrir leurs services.

Site de Mani-utenam	Site de Uashat	Équipe volante à horaire variable
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 infirmières (services courants et SMI) ▪ 1 secrétaire ▪ 1 réceptionniste ▪ 1 coordonnatrice du TRM ▪ 1 agente TRM ▪ 1 chauffeur TRM ▪ 1 infirmière SDMC ▪ 1 auxiliaire familiale ▪ 1 responsable MAD ▪ 1 médecin ▪ 1 contrôleur en qualité de l'eau potable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 infirmières (services courants et SMI) ▪ 1 secrétaire ▪ 1 réceptionniste ▪ 1 responsable MAD ▪ 2 intervenants « Aide à la vie autonome » ▪ 1 infirmière SDMC ▪ 1 auxiliaire familiale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 nutritionniste ▪ 1 kinésologue ▪ 1 infirmière scolaire ▪ 1 infirmière équipe volante et une infirmière volante en soins podologiques ▪ 1 coordonnatrice SDMC ▪ 1 hygiéniste dentaire ▪ 1 contrôleur de la qualité de l'eau potable ▪ 1 infirmière SDMC ▪ 1 agent de transport pour raisons médicales (TRM) ▪ 1 coordonnatrice du transport pour raisons médicales (TRM) ▪ 1 infirmière en soins podologiques



Une équipe de garde est également disponible pour les soins prévus la fin de semaine et un service de garde 24/24 est offert advenant des cas de soins palliatifs en phase terminale. Conséquemment, nous nous assurons d'avoir la présence d'au moins une infirmière attitrée à chaque endroit, afin de répondre aux urgences lorsque la situation se présente. En dehors des heures d'ouverture, les membres de la communauté peuvent utiliser la ligne Info-Santé 811 et en cas d'urgence, ils doivent se rendre à l'urgence du CISSS de Sept-Îles ou appeler le 911. Il faut prendre en note que nous sommes considérés comme un centre préventif et non comme un poste de soins dû à la proximité du CISSS de Sept-Îles.

La mission première du Centre Uauitshitun est la prévention. Toutes ses actions en matière de santé visent à informer et à outiller les membres de la communauté. La santé étant ce que nous avons de plus précieux, la communauté de Uashat mak Mani-utenam peut être fière d'avoir deux Centres de santé dédiés aux Innus, il y a toutefois des points positifs et négatifs à devoir organiser des services dans deux centres.

Points positifs :

- Les services offerts sont analogues aux deux dispensaires, à l'exception du médecin qui se rend seulement au dispensaire à Mani-utenam deux (2) fois/semaine;
- La communauté de Uashat mak Mani-utenam est une des seules communautés autochtones du Québec à avoir un formateur OEMC « Outil évaluation multi-clientèle » parmi ses employés;
- Un centre d'hébergement régionale pour les clients atteints de la Maladie d'Huntington a vu le jour au cœur même de la communauté de Uashat en 2015, le projet pilote se poursuit jusqu'en 2018;
- Notre communauté reçoit annuellement une équipe de chercheurs de l'hôpital (généticistes, neurologues et psychiatres) qui effectue une recherche internationale sur la maladie de Huntington;
- Malgré l'absence de financement des instances supérieures pour les soins palliatifs, Uashat mak Mani-utenam permet depuis une dizaine d'années à tous ses membres le désirant de mourir à domicile entourés d'une équipe multidisciplinaire de santé.

Améliorations :

- Difficulté à trouver un médecin pour le Centre de santé de Uashat;
- Réorganiser les heures de consultations pour les services courants puisque ceux-ci ne sont ouverts qu'en matinée, à moins d'une urgence lors de laquelle une infirmière est toujours sur place pour répondre;
- Le mercredi, les prélèvements sanguins devraient débuter plus tôt le matin, avant les heures normales d'ouverture des centres de santé afin de permettre aux



personnes à jeun vulnérables de prendre leurs déjeuners le plus rapidement possible;

- Le programme TRM devrait avoir un point de service au centre de santé à Uashat. Actuellement, le point de service est situé à Mani-utenam; les clients de Uashat recevant les services du TRM doivent faire leurs démarches par téléphone avec l'équipe qui coordonne le TRM et cela constitue un obstacle au niveau de la personnalisation de ce service;
- **Consolider le partenariat avec nos collaborateurs** (CISSS Côte-Nord et autres organismes) via des ententes claires et écrites;
- Faire connaître nos services à la population ainsi qu'aux partenaires.

La page suivante montre l'horaire clinique sur les deux sites.



HORAIRE DES CLINIQUES

CENTRE DE SANTÉ UASHAT				
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants
		8h00 à 10h00 Prise de sang		
13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13H00 À 16H45 Clinique de vaccination	13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13h00 à 16h45 FERMÉ

CENTRE DE SANTÉ MANI-UTENAM				
LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI
8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants	8h00 à 12h00 Services courants
	8h00 à 12h00 Clinique médecin	8h00 à 10h00 Prise de sang	8h00 à 12h00 Clinique médecin	
13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13H00 À 16H45 Clinique de vaccination	13h00 à 16h45 Dossiers/activités/suivis individuels avec rendez-vous	13h00 à 16h45 FERMÉ

*Aucun service de garde, le client doit se référer à l'hôpital ou à la ligne info santé

*Les centres de santé sont fermés les soirs et fins de semaine



3.2 Schéma de la structure des services de santé primaire, ententes formelles et informelles

Uauitshitun voit à l'amélioration de son partenariat et au développement de liens avec son principal partenaire, soit le CISSS de Sept-Îles. Le CISSS de Sept-Îles est situé à moins de 3 km du centre de Santé de Uashat et à 14 km du centre de Santé de Mani-utenam. Le CISSS Côte-Nord dessert un territoire s'étendant de Tadoussac à Blanc-Sablon (soit près de 1 300 km de littoral) en passant par l'Île-d'Anticosti et les villes nordiques de Fermont et de Schefferville. Les Autochtones constituent environ 14 % de la population régionale.

L'objectif principal d'un partenariat est d'assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité destinées aux membres de la communauté desservis par le CISSS de Sept-Îles. Au cours des dernières années, la force des liens s'est améliorée de façon considérable; d'ailleurs la présence d'un conseiller cadre à la liaison autochtone au CISSS de Sept-Îles facilite grandement les relations.

Un comité d'arrimage des soins infirmiers entre le CISSS de la Côte-Nord et les communautés autochtones de l'Est est en place depuis l'automne 2016. Le but de ce comité est d'exposer les problématiques rencontrées par les deux entités, de faire part des améliorations souhaitables, d'entreprendre des actions pour résoudre la problématique et par la suite d'en assurer le suivi. Ce comité est composé de gestionnaires des divers secteurs du CISSS de la Côte-Nord, des responsables de soins infirmiers et coordonnateurs de programmes du centre de Santé de Uashat mak Mani-utenam et du conseiller cadre à la liaison autochtone du CISSS de Sept-Îles.

La continuité des soins post-hospitalisation et post-partum entre le CISSS de Sept-Îles et le Centre de santé de Uashat mak Mani-utenam est actuellement satisfaisante. Cela permet une accessibilité adéquate aux soins pour les clients et une bonne circulation de l'information entre les soignants et les organismes. L'infirmière de liaison ou l'infirmière sur le département du CISSS de Sept-Îles communique les renseignements nécessaires à la continuité des soins généralement par télécopieur au centre de santé de Uashat mak Mani-utenam. Dans certains cas où cette étape n'est pas réalisée, l'infirmière du Centre de santé de Uashat mak Mani-utenam communique avec l'infirmière de liaison du CISSS de Sept-Îles et celle-ci lui achemine par la suite toutes les informations nécessaires à la continuité des soins.

L'enjeu majeur actuel rencontré par la communauté est la difficulté d'accès aux professionnels de la santé à domicile tels que les ergothérapeutes, physiothérapeutes et inhalothérapeutes en provenance du CISSS de Sept-Îles. Une entente est en cours de négociation et devra être consolidé au cours des cinq prochaines années.

La seconde problématique majeure est certainement l'inaccessibilité aux logiciels provinciaux que tel « DSEY » et « Omnilab »; cela entraîne un **décal dans la réception des résultats diagnostiques ou des rapports** de consultations médicales, ce qui nuit à la prise en charge des clients par le Centre de santé de Uashat mak Mani-utenam. Une demande écrite a été formulée au directeur des ressources informationnelles du CISSS de la Côte-Nord en mai 2017. Cette problématique est également une priorité que nous désirons résoudre au cours des prochaines cinq années.

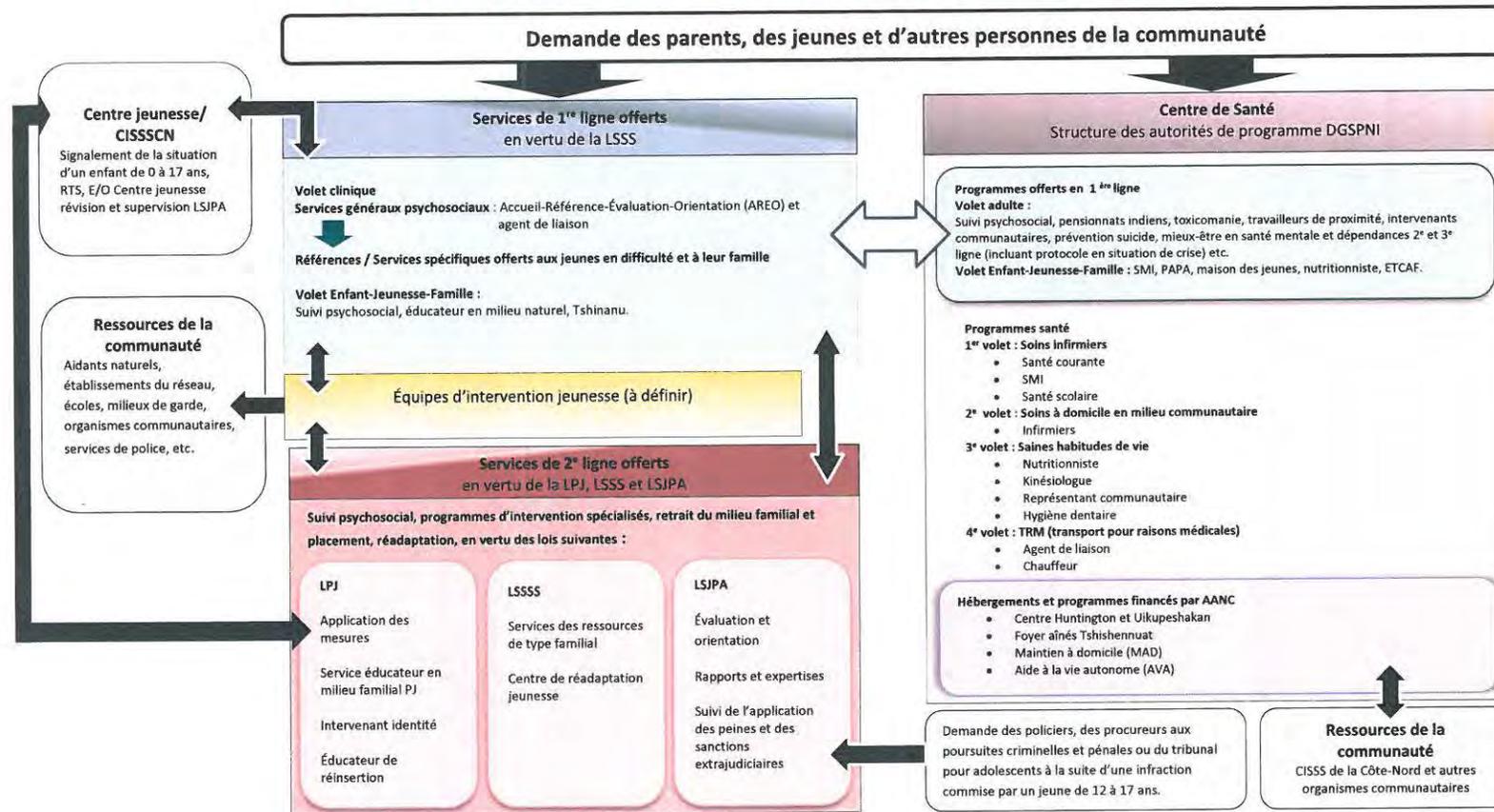
3.3. Description des offres de service

La description des offres de service de tout ce que fait Uauitshitun sous les trois directions des secteurs santé, services communautaires et services sociaux se trouvent **aux annexes n°12, n°13 et n°14**. De plus, le schéma de la page suivante permet de visualiser une synthèse de la trajectoire de services de Uauitshitun. La compréhension de cette trajectoire de services doit se conjuguer à la lecture des offres de services en annexes.



3.3.1 Trajectoire de services Uauitshitun

TRAJECTOIRE DE SERVICES UAUITSHITUN



3.4. Programmes obligatoires

Les programmes obligatoires ont un volet *soins de santé primaires et cliniques* et un volet *de la protection de la santé publique* exigeant que le personnel détenant une formation spécifique, une certification ou un permis de pratique afin de se conformer aux normes en vigueur et assurer une prestation de qualité à la population.

Les programmes obligatoires en soins de santé de services primaires comprennent la pratique et soins aux clients et les soins à domicile et en milieu communautaires. Quant à la protection de la santé publique, nous retrouvons le contrôle et la gestion des maladies transmissibles incluant l'immunisation et la tuberculose.

3.5. Soins de santé primaire

LES SOINS INFIRMIERS

Les infirmières jouent un rôle primordial dans la promotion de la santé, la prévention des maladies, le traitement des blessures et le suivi des maladies chroniques. Pour répondre à ces besoins, une gamme étendue de services est offert dans chacun des deux points de service de Uauitshitun: consultation, traitement, information, enseignement, vaccination et prélèvements sanguins et ce toujours en gardant à l'esprit notre priorité qui est la prévention et promotion de la santé.

Services courants

Les principaux services offerts en services courants sont les suivants : évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, enseignement/suivi des maladies chroniques, changement de pansement, administration d'injection de médicament selon une ordonnance médicale, ajustement d'insulinothérapie selon une ordonnance médicale, prélèvements sanguins, vaccination, référence à divers professionnels de la santé et de multiples autres services. L'infirmière responsable des services courants peut également voir la clientèle en après-midi sur rendez-vous, et ce, principalement en lien avec de l'enseignement ou un suivi de la clientèle diabétique. Elle répond également aux urgences, que ce soit en clinique ou elle peut être amenée à se déplacer dans un domicile. C'est également elle qui répond aux urgences des cliniques le matin. Si tel est le cas, c'est alors une autre infirmière disponible qui prend la relève de la clinique. Les services de soins non-urgents sont dispensés le matin en clinique, sur rendez-vous ou via une consultation téléphonique, lorsque l'infirmière est disponible. La ligne Info-Santé 811 est également disponible afin de répondre aux diverses questions de soins non-urgents.



Pour ce qui est des soins urgents, nous ne possédons pas de méthode de triage formelle des patients telle que l'utilisation du programme « L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence » (ÉTG) utilisé aux CISSS de Sept-Îles. Lorsqu'une situation de soins urgents se présente, l'infirmière responsable s'occupe d'évaluer la condition de santé du client en se basant sur ses connaissances et son expérience clinique afin d'orienter ses interventions et réfère au besoin le client au CISSS de Sept-Îles via le transport pour raisons médicales (TRM) ou en collaboration avec les services ambulanciers quand la situation le requiert. Il n'y a pas de possibilité de décider de mesures diagnostiques ou thérapeutiques outre que celles pouvant être dispensés par une infirmière prescriptrice puisque nous ne possédons aucune ordonnance médicale en lien avec les situations de soins urgents.

Certains traitements médicamenteux peuvent également être remis aux clients en prévention, selon les besoins ou suite à une évaluation infirmière. Ce sont principalement les produits suivants qui sont donnés : acétaminophène, onguent bacitin, multivitamines prénatales, traitement contre la pédiculose et contre la gale. Tout personnel autorisé à manipuler et à remettre ces traitements à la clientèle se doit d'avoir au préalable pris non seulement connaissance mais également bien maîtriser les « **Politiques et procédures gestion des médicaments et fournitures médicales** » ci-jointe à l'annexe n° 15.

Les après-midis de l'infirmière responsable du services courants sont principalement dédiés à l'écriture des notes nursing évolutives et la mise à jour des PTI, aux suivis ou aux enquêtes épidémiologiques des maladies à déclaration obligatoire (MADO) à la demande de la Direction de Santé Publique, à la commande de fournitures médicales, à la rotation et la vérification des dates de péremption de celles-ci, à la commande de vaccins, à la gestion des déchets biomédicaux, aux suivis avec divers professionnels de la santé, aux gestions de cas, aux rencontres/réunions, etc.

Dépistage rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique (RD) est une complication du diabète qui découle de l'atteinte des vaisseaux sanguins de la rétine, mettant en jeu le pronostic visuel qui touche environ 40 % des personnes diabétiques.

La prévalence du diabète est plus élevée chez les Premières Nations; de même, la perte de vision attribuable à la rétinopathie diabétique est plus importante dans la population autochtone canadienne.

Grâce à la téléophtalmologie, les cliniques de dépistage à distance de la rétinopathie diabétique visent à augmenter l'accessibilité des Premières Nations au dépistage de cette maladie et aux soins spécialisés en ophtalmologie. C'est un service qui s'inscrit dans le cadre de la prévention du diabète dans les communautés non conventionnées du Québec.



Dans le cadre des projets de télésanté, la lecture d'images du fond d'œil se fait à distance en utilisant les technologies de l'information pour faire le lien entre le patient et le spécialiste.

En premier lieu, le patient est évalué et des photos de sa rétine sont prises à l'aide d'une caméra rétinienne non mydriatique par un technicien de la communauté spécialement formé. Les images sont envoyées par Internet, grâce à un réseau sécurisé, à un centre de lecture, où un ophtalmologiste peut visionner les photos et poser un diagnostic.

Par la suite, ce dernier émet des recommandations et transmet une copie du rapport de lecture au médecin de famille et aux infirmières de la communauté, qui s'assurent que le patient reçoit le suivi nécessaire en cas de besoin. Le patient reçoit une lettre l'informant du résultat de son examen.

Ce service s'adresse à toutes les membres des Premières Nations diabétiques de type 1 et de type 2. **Voir ordonnance collective annexe n° 16.**

Prélèvements

Les prélèvements sanguins et autres sont effectués **sous prescription médicale**, tous les mercredis matin de 8h00 à 10h00. Ce service est offert sans rendez-vous. Par contre, nous avisons tous les clients devant subir un dépistage d'hyperglycémie provoquée de se présenter à 8h00 dans le but de respecter l'horaire versus les délais de prélèvements qui sont de deux heures. À Mani-utenam, nous acceptons que les prélèvements urinaires ou les cultures de plaie soient effectués un autre jour de la semaine, et ce à la demande du médecin seulement. Les spécimens sont acheminés au laboratoire du CISSS de Sept-Îles selon les délais recommandés. Ce sont eux qui gèrent l'analyse des spécimens et des envois de spécimens à l'extérieur lorsque le service d'analyse pour un examen spécifique n'est pas offert au CISSS de Sept-Îles.

Immunisation

Le service de vaccination infantile est offert le mercredi après-midi de 13h00 à 16h00 et il est effectué en tandem tout en respectant les recommandations du Protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Deux infirmières sont assignées afin d'effectuer ce rôle et ainsi faciliter le travail. De plus, cela permet d'obtenir une double vérification des produits d'immunisation administrés et de réduire la douleur chez le nourrisson en administrant deux vaccins à la fois. La vaccination infantile peut également être offerte sur rendez-vous ou en passage en clinique, lorsque nous observons un retard vaccinal. La vaccination adulte est également disponible les matins de clinique ou lors de situation d'urgence, par exemple en cas de blessure avec un objet souillé requérant une mise à jour du vaccin antitétanique. La vaccination contre l'influenza est disponible dès le début du mois de novembre et ce, jusqu'à la fin de la saison de la grippe tel que prévu par la Direction de santé publique.



Soins et maintien à domicile

Le programme de soins et de maintien à domicile a pour but d'accroître et de préserver l'autonomie des membres de la communauté dans leurs milieux naturels et d'offrir du soutien à la famille et aux aidants naturels. Les soins à domicile sont offerts aux membres souffrant de maladies chroniques, aiguës ou en fin de vie et sont adaptés culturellement à la réalité innue. Les personnes en convalescence ou en perte d'autonomie pouvant difficilement se déplacer peuvent bénéficier de ces services. Un « **plan de prestation des soins à domicile** » est disponible pour le personnel infirmier concerné, voir à l'annexe 17. L'évaluation de la demande d'adhésion à ces services est effectuée par la coordonnatrice des soins à domicile en remplissant le formulaire « Prise de contact » et à l'aide de « l'Outil d'évaluation multi clientèle » (OEMC) effectué avec le client par la conseillère clinique. Suite aux résultats des évaluations, elle admet le client aux soins à domicile et/ou au maintien à domicile. Le début des services dépend de la priorité d'évaluation, soit entre 24 heures et deux (2) semaines. Si le client ne correspond pas aux exigences des soins à domicile et qu'il peut se mobiliser, alors celui-ci sera orienté en services courants. Lorsqu'un patient est admis aux soins à domicile, il est alors pris en charge par l'infirmière de ce secteur. Les soins infirmiers sont principalement dispensés le matin mais peuvent l'être à tout moment de la journée durant les heures d'ouverture. Si le service de maintien à domicile s'avère être un besoin, le patient sera référé à la responsable du maintien à domicile qui se préoccupera d'attirer une auxiliaire familiale qui pourra supporter et soutenir le client dans ses AVQ¹⁰/AVD¹¹ quotidiens. Les demandes pour les services de soins à domicile peuvent provenir du client, d'un membre de sa famille, d'une infirmière, d'un médecin ou de tout autre professionnel de la santé.

Volet huntington

C'est plus d'une vingtaine de personnes de la communauté et des communautés avoisinantes qui sont atteints par la maladie de Huntington. Elle se traduit par une **dégénérescence neurologique** entraînant de sérieux troubles d'ordre moteurs, psychologiques et émotifs. Afin de subvenir aux besoins de la personne et de sa famille. De plus, une aile du centre multi d'hébergement régional pour les personnes atteintes de la maladie a été mis sur place. Il a accueilli ses premiers clients à la fin de l'été 2016. Le centre peut accueillir jusqu'à 8 résidents atteints de la maladie de Huntington. Actuellement, il offre les services suivants : suivi psychosocial individuel et familial, soutien aux proches aidants, diverses évaluations (OEMC, dysphagie, mobilité, etc), accompagnement de tout genre, nutritionniste, kinésiologue, coordination et arrimage des soins avec ressources externes, etc.

¹⁰ AVQ: Activités de la vie quotidienne

¹¹ AVD: Activités de la vie domestique



Santé maternelle et infantile

Le programme de santé maternelle et infantile a été déployé dans le but d'outiller les futurs parents dans leur rôle parental en renforçant leurs habiletés, de maximiser le développement et la santé des enfants de la conception jusqu'à l'âge de 6 ans, de réduire les méfaits de la consommation de drogue et alcool durant la grossesse et de maintenir le lien d'attachement entre les parents et le nouveau-né. Différents services sont offerts tels que les activités prénatales et postnatales avec les femmes enceintes et leurs conjoints, les consultations individuelles, le suivi de grossesse à risque, les ateliers de groupe, l'enseignement sur la sexualité, les méthodes de contraception et les ITSS, les cours de massage pour bébé, l'information sur les divers services offerts au sein de la communauté et à l'extérieur de celle-ci, etc. Les services sont offerts durant les heures d'ouverture des bureaux et selon les disponibilités de l'infirmière en périnatalité. Des cours prénataux sont offerts le mardi matin pendant quelques semaines, à raison de 2 à 3 fois par année.

L'équipe de périnatalité se compose de deux infirmières, une nutritionniste, une kinésiologue et une visiteuse familiale. Les infirmières en périnatalité assurent le suivi prénatal et postnatal, effectue des visites à domicile en post-partum, collabore avec le médecin s'il y a lieu et participe à des activités portant sur divers sujets touchant la santé des femmes et des nouveau-nés. La nutritionniste procède à des rencontres individuelles adaptées à la condition de santé de la femme enceinte et offre le programme MUT (Mishta-min (orange) Uau (œuf) Tutushinapui (lait)). La kinésiologue effectue la promotion de l'activité physique chez les femmes enceintes et les jeunes familles. L'intervenante SMI assure l'implantation du plan de vie lors des visites à domicile. Elle guide les familles et les aide à atteindre leurs objectifs reliés au plan de vie. Elle enrichit également les habiletés familiales et elle participe aux rencontres multidisciplinaires. Sur une base volontaire, l'équipe de périnatalité peut également créer un arrimage avec les différents services desservant la même clientèle tels que le Programme Tshinanu, les CPE, le Programme PAPNN, les éducatrices spécialisées, etc.

Soins podologiques

Le programme podologique est offert gratuitement à la population ayant des maladies chroniques, touchant principalement la clientèle diabétique et ceux avec une incapacité de faire des auto-soins. Les gens souffrant de problèmes de motricité, de perte d'autonomie, d'obésité, d'une altération de la santé de leurs pieds ou étant dans un âge avancé peuvent également bénéficier de ce service, cependant, ils ne doivent posséder aucune police d'assurance pour y avoir accès; dans le cas contraire, ils sont référés à une infirmière en soins de pieds au privé et une liste de noms leur ait fournie. L'équipe de soins podologiques se composent de 3 infirmier(ères) formés, dont un/une dans chaque établissement pour les personnes ambulantes et une infirmière pour la clientèle des deux soins à domicile. Ils travaillent également étroitement en collaboration avec les infirmières des services courants en ce qui a trait en matière de soins de plaies. Le service est dispensé



durant les heures d'ouverture des bureaux. Les clients seront vus suite aux recommandations de l'infirmière en services courants ou d'une référence médicale.

Santé scolaire

L'infirmière scolaire est responsable de deux écoles primaires et une école secondaire. Elle ne peut y être à plein temps puisqu'elle est également infirmière en soins podologiques à domicile et responsable de plusieurs autres programmes (tabac, etc.). Dès le début de chaque année scolaire, elle distribue à chaque parent/tuteur, un formulaire sur l'état de santé de leur enfant qu'ils doivent compléter et remettre à celle-ci. À partir de ces données, elle peut ainsi créer des fiches médicales pour chaque élève et prévoir des plans d'intervention et de suivi selon les problèmes de santé, les besoins établis ou lorsque l'enfant doit prendre des médicaments en milieu scolaire. **Voir annexe n° 18 procédures administration des médicaments en milieu scolaire.** Elle s'occupe de la vaccination scolaire et vaccine dans les écoles en tandem. De plus, elle participe à plusieurs activités de promotion des saines habitudes de vie, de prévention de la pédiculose, elle prodigue de l'enseignement sur les méthodes de contraception, elle fait de la prévention sur les ITSS, elle peut donner de l'information sur la cessation tabagique et tous autres sujets touchant la clientèle scolaire.

Stratégie de lutte contre le tabagisme

L'infirmière scolaire est responsable de la stratégie de lutte contre le tabagisme qui a pour but de promouvoir l'échange d'information et de connaissances. Il soutient la création et la mise en œuvre de vastes projets de lutte contre le tabagisme qui sont globaux et appropriés sur le plan socioculturel. Le volet cherche à réduire l'usage non traditionnel du tabac, et ce, tout en respectant et reconnaissant les formes et utilisations traditionnelles de tabagisme au sein des collectivités.

AUTRES SERVICES

Nutritionniste

Les membres de la communauté bénéficient du service d'une diététiste/nutritionniste depuis plusieurs années déjà. Elle travaille une semaine sur deux dans chaque Centre, en alternance. Celle-ci évalue l'état nutritionnel visant à maintenir ou rétablir la santé. Elle participe également aux activités de prévention/promotion des saines habitudes de vie. Les demandes de consultation proviennent principalement des infirmières, des médecins et également de l'autoréférence. Elle travaille auprès des gens individuellement et collectivement dans le but de maintenir ou retrouver une relation saine avec les aliments et elle favorise le maintien de l'identité culturelle à travers les aliments. **Les principaux motifs de consultation sont les suivants : diabète de type 2, obésité, allergies alimentaires, grossesse et alimentation chez les nourrissons.** Elle effectue également des suivis à domicile pour les clients des soins à domicile et pour la clientèle du centre d'hébergement



multiclientèle. La majorité des suivis pour cette clientèle concerne principalement les problèmes de dysphagie, de dénutrition et afin de maintenir un état nutritionnel adéquat lors des traitements oncologiques et d'hémodialyse. Elle travaille aussi en partenariat avec une cuisinière afin de planifier, organiser et animer des cuisines collectives pour le développement des habiletés culinaires de base à moindre coût.

Kinésiologue

Le service d'une kinésiologue est maintenant offert aux usagers des Centres de Santé depuis mai 2010. Elle travaille une semaine sur deux dans chaque Centre. Elle évalue la condition physique, la composition corporelle, les aptitudes aérobiques et musculo-squelettiques ainsi que les habitudes de vie des clients afin de leur prodiguer de l'enseignement adapté, elle procède à l'élaboration d'un plan et assure un suivi clinique. Les clients sont référés par les infirmières, médecins ou tout autre professionnel de la santé. Elle planifie, évalue, supervise et met en œuvre les programmes d'activités physiques adaptés aux besoins de la clientèle (ex : personnes âgées, maladies chroniques, femmes enceintes, etc.) afin de promouvoir les saines habitudes de vie. Elle contribue à augmenter l'offre en matière d'activité physique et de loisir pour l'ensemble de la population.

Transport pour raison médicale (TRM)

Le service de transport aux patients pour raison médicale est offert aux membres de la communauté pour consultation au sein de leur Centre de Santé respectif et aux autres centres ou établissements de santé avoisinant, etc. ou aux patients ayant un rendez-vous médical ou une hospitalisation à l'extérieur de la communauté. Les patients doivent détenir une demande de consultation signée par un médecin pour rencontrer un spécialiste ou subir une hospitalisation à l'extérieur de la région. Afin de bénéficier d'un remboursement de frais de transport et de repas, une confirmation écrite du rendez-vous doit être fourni. Par la suite, une prise de contact avec la coordonnatrice du TRM doit être faite pour que la demande soit évaluée et que l'éligibilité soit vérifiée selon les exigences de Santé Canada.

Santé buccodentaire

L'Initiative en santé bucco-dentaire des enfants (ISBDE) et les activités des professionnels de la santé bucco-dentaire (hygiéniste dentaire, thérapeute dentaire ou dentiste) ont pour objectif d'aborder les taux élevés de maladies bucco-dentaires évitables, ainsi que de fournir aux collectivités des Premières nations et des Inuits des occasions :

1) de mettre en œuvre l'Initiative visant à réduire l'incidence des maladies buccodentaires et d'y participer; 2) de réduire la prévalence des affections buccodentaires non traitées dans leurs communautés; 3) de promouvoir de saines habitudes en santé buccodentaire; et 4) de fournir l'accès aux services de cliniques bucco-dentaires dans le cadre de leur pratique...



CONSULTANTS

Médecin

Au Centre de Santé de Mani-utenam, un médecin se présente deux avant-midis par semaine, selon ses disponibilités. Occasionnellement, il voit quelques patients sans rendez-vous, avec une évaluation par l'infirmière au préalable, et qui présentent de petites urgences mineures telles qu'otite, IVRS, infection pulmonaire, infection cutanée, etc. Il travaille aussi conjointement avec les autres professionnels de la santé en multidisciplinarité. Le Centre de Santé de Uashat ne possède aucun médecin depuis le début de l'année 2010. Cependant, tous les patients ayant été pris en charge par le médecin qui était présent auparavant sont transférés au GMF, Clinique médicale Vents & Marées de Sept-Îles.

Psychologue

Le service d'une psychologue est offert aux membres de la communauté selon un horaire variable et ajusté pour répondre à la demande. La psychologue évalue l'état psychologique de la clientèle et prodigue des soins de psychothérapie adaptés aux valeurs innues. Elle offre une expertise en intervention en situation de crise sociale et de crise individuelle, entre autres avec les problèmes reliés au suicide, au syndrome de stress post-traumatique et au traitement de troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Elle intervient également auprès des familles et des clients atteints de la maladie d'Huntington ainsi qu'avec leur famille. Les services de psychothérapie offerts sont conformes aux principes reconnus par l'Office des professions du Québec.

PROGRAMMES OBLIGATOIRES GÉRÉS PAR LES SERVICES COMMUNAUTAIRES PREMIÈRE LIGNE

SMI désigne le Programme de soins de santé maternelle et infantile (**TSAF** désigne le Programme sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale et **PCNP** qui désigne le Programme canadien de nutrition prénatale sont intégrés au SMI). Ce volet est en cogestion avec le secteur santé.

PAPA/ Ka Ussi-Nametat désigne le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves.

Les services ont pour but d'améliorer les résultats sur le plan de la santé maternelle, des nourrissons, des enfants et des familles chez les Premières Nations et les Inuits. Les secteurs visés sont la santé prénatale, la santé postnatale et les soins du nouveau-né, l'alimentation, l'alphabétisation et l'apprentissage précoces, ainsi que la santé physique, émotionnelle et mentale.



Santé mentale et prévention du suicide – Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA)

Le but de la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones (SNPSJA) est d'élaborer une approche nationale à l'égard de la prévention du suicide chez les jeunes Autochtones au Canada, qui accroîtra les facteurs de protection (de prévention), tels que le ressort psychologique, et réduira les facteurs de risques associés au suicide.

Traitement des toxicomanies et prévention – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA)

Ce service a pour but d'entreprendre des activités communautaires appuyant de la mise en œuvre du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) conformément aux modalités et conditions des accords. Les objectifs de ce service visent à : 1) aider les membres à réduire les hauts niveaux d'abus d'alcool et d'autres drogues; 2) développer une prestation de services communautaires de lutte contre les toxicomanies, adaptée à la culture; 3) favoriser la promotion de modes de vie sains (c'est-à-dire valeurs traditionnelles, valeurs de mieux-être individuel et familial, etc.); 4) renforcer les liens entre les programmes communautaires et le traitement en rétablissement; 5) fournir du soutien aux personnes en post-traitement et à leur famille.

Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS-RQPI) – Travailleur de la santé communautaire (résolution)

Ce service a pour but : 1) de fournir des services psychosociaux individualisés par le TSC-R (Travailleur de la santé communautaire (résolution)) aux anciens élèves des PI (Pensionnats indiens) ainsi qu'aux membres de leur famille et (ou) à leurs accompagnateurs; 2) de travailler en collaboration avec divers organismes et communautés qui prennent part à l'amélioration du mieux-être émotionnel des anciens élèves des PI (Pensionnats indiens), aux niveaux local, régional, provincial et territorial; 3) d'appuyer la santé et le mieux-être émotionnels des anciens élèves des PI (Pensionnats indiens) ainsi que les membres de leur famille et (ou) de leurs accompagnateurs; 4) d'évaluer l'efficacité du programme.

Programme de soutien en santé – Résolution des questions des pensionnats indiens (PSS-RQPI) – Fournisseur de soutien culturel (FSC)

Ce service consiste à : 1) veiller à ce que les anciens élèves admissibles des PI (Pensionnats indiens), ainsi que les membres de leur famille et (ou) leurs accompagnateurs, aient accès à des services de soutien en santé mentale appropriés; 2) veiller à ce que les anciens élèves admissibles des PI (Pensionnats indiens) soient en mesure d'aborder de façon sécuritaire un large éventail de questions de santé mentale liées à la divulgation de renseignements sur un ou plusieurs abus pendant l'enfance.



Services de santé non assurés – Services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme (SSNA/SISMSCCT)

Ce service a pour but d'offrir des interventions en santé mentale lors de situation de crise à court terme (SSNA/SISMSCCT) afin de : 1) fournir des services d'intervention en santé mentale en situation de crise à court terme aux clients décrits dans le plan de programmes, conformément au mandat du Programme des SSNA (Services de santé non assurés), au Guide du fournisseur commun des SISMSCCT et du PSS-RQPI (Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens), ainsi qu'aux lignes directrices régionales (le conseil obtiendra ces documents par l'entremise du bureau régional).

3.6. Protection de la santé publique

3.6.1 Immunisation

Contrôle et gestion des maladies transmissibles (ITSS, TB, Immunisation)

La vaccination est une méthode de prévention de certaines infections. Elle consiste à introduire dans l'organisme des préparations antigéniques dans le but d'entraîner une immunité active, c'est-à-dire la formation d'anticorps capables de s'opposer à l'infection et/ou la maladie si elle se présente.

Le programme d'immunisation est basé sur le protocole d'immunisation du Québec (PIQ). Ce protocole, entériné par le Comité sur l'immunisation du Québec, définit les responsabilités que se partagent différents intervenants en matière de vaccination. Il est régulièrement mis à jour selon les données scientifiques les plus récentes et a prépondérance sur tout autre document. **Voir annexe n°19 « Politique d'immunisation ».**

Organisation des services de vaccination

L'influenza est un virus qui circule chaque année au Québec et au Canada. Au Québec, il circule surtout pendant la période allant de la fin automne au début printemps. Dans le contexte des dernières années, quant à l'appréhension d'une pandémie et les diverses situations épidémiologiques rencontrées au Québec, le centre de Santé de Uashat mak Mani-utenam a élaboré son propre **« Plan d'intervention des mesures d'urgences contre la pandémie d'influenza et/ou H1N1 » voir annexe 20**. Le but de ce plan est de mettre rapidement en place des mesures de prévention et de contrôle reconnues et efficaces lors d'une éclosion. Pour le centre de Santé de Uashat mak Mani-utenam, la principale stratégie de prévention est la vaccination, c'est pourquoi chaque année, le personnel infirmier offre des cliniques de vaccination de masse.



3.6.2 SARM

Le SARM (Staphylococcus Aureus Résistant à la Méthicilline) est un staphylocoque qui a développé une résistance à plusieurs antibiotiques dont la méthicilline. Le SARM ne cause pas plus d'infections que les autres staphylocoques mais il limite le choix du traitement antibiotique. Il est à noter que le staphylocoque est une bactérie qui se trouve couramment sur la peau ou dans le nez. Le SARM peut être communautaire (acquis dans le milieu naturel de l'individu) ou hospitalier (acquis lors d'un épisode d'hospitalisation)

Comment le SARM se transmet : Le SARM se transmet par contact physique direct ou par contact avec des objets contaminés par des liquides organiques infectés.

Diagnostic du SARM : pour diagnostiquer le SARM. Il faut prélever un échantillon directement dans la région infectée (culture de plaie). Il faut aussi faire aussi un antibiogramme pour connaître le bon choix d'antibiotique dans le traitement de la plaie.

Traitement du SARM : Le SARM se traite avec un antibiotique autre que la méthicilline. Il est important que la personne qui pense être atteinte du SARM communautaire consulte rapidement afin de mettre en place les mesures nécessaires afin d'éviter la propagation dans son milieu naturel (hygiène et décontamination)

Prévention du SARM : pour éviter ces infections, il est primordial d'avoir de bonnes pratiques d'hygiène, c'est à dire de garder ses mains propres et de les laver régulièrement et surtout après un contact avec une personne infectée. Éviter tout contact non protégé avec la plaie d'une autre personne et ne pas partager certains articles personnels comme les serviettes et les rasoirs.

Situation actuelle : le nombre de cas de SARM augmente à chaque année. Le nombre de consultation en clinique pour des abcès qui résultent d'une bactérie SARM est aussi en expansion. À Uashat il y a 41 cas de Sarm répertoriés depuis la mise en fonction de la grille statistique il y a 3 ans et sensiblement le même nombre pour Maliotenam.

Procédures internes dans les Centre de Santé :

Le patient reçoit une lettre de l'infirmière en prévention et contrôle des infections du CISSS de Sept-Îles. Le patient est informé de son statut de porteur de SARM, les consignes à suivre et un dépliant explicatif sont inclus dans la lettre. Une copie de cette lettre est aussi envoyée au Centre de Santé du patient et est confinée à son dossier médical. Chaque lettre qui est reçu dans un Centre de Santé est répertoriée dans un outil statistique afin de déterminer le nombre de cas de SARM dans chaque communauté. Le patient peut en tout temps contacter un membre du personnel infirmier afin d'avoir de l'information complémentaire ou explication sur le SARM.

Une rencontre annuelle a lieu avec d'autres communautés afin de dresser un portrait de la situation actuelle et d'avoir un aperçu de leurs initiatives en lien avec le SARM.



3.6.3 Infections transmises sexuellement par le sang (ITSS)

Au cours des dernières années, le nombre d'infections transmises sexuellement et par le sang n'a cessé d'augmenter. Par contre, nous pouvons confirmer après la lecture du rapport annuel de la santé publique région Côte-Nord de 2016 (Contamine-action) que pour l'année 2015, le taux d'incidence de la chlamydie génitale sur la Côte-Nord est de 340,6 pour 100 000 personnes, ce qui place la Côte-Nord au 4^e rang au Québec.

Malgré la hausse du nombre de cas de chlamydie génitale dans la région, il est intéressant de noter que la proportion des déclarations provenant des communautés autochtones a diminué (2014 :33% - 2015 : 24%). Bien qu'il s'agisse d'une diminution importante, il n'en reste pas moins que cette situation demeure préoccupante puisque les Autochtones représentent 12% de la population nord-côtière.

Selon les résultats de l'enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec en 2008 (CSSSPNQL), l'activité sexuelle précoce, les multiples partenaires sexuels et le peu d'utilisation du condom (relié à la confiance envers le partenaire) pourrait exposer à plusieurs risques dont la procréation non désirée, la transmission d'une ITSS ou l'infection au VIH/sida. L'enquête nous permet de constater également que les femmes sont plus susceptibles de déclarer avoir passé un test de dépistage pour les ITSS et le VIH. Considérant que la majorité des ITSS sont asymptomatiques et le fait que les hommes consultent moins, le risque de transmettre une ITSS est augmentée. Ceci est attribuable au fait qu'il est plus facile de rejoindre les femmes de façon confidentielle lors d'un examen médical annuel ou lors d'une consultation pour une méthode contraceptive.

À ces facteurs de risque, nous pouvons reconnaître que la consommation de drogues et d'alcool, la violence, les difficultés économiques et sociales de la communauté comptent parmi les réalités qui la rendent plus vulnérable aux maladies telles les ITSS et le VIH/sida.

La communauté de Uashat mak Mani-utenam s'est mobilisée pour contrer ces infections et maladies et continue de le faire. **Voir annexe n°21 « Politique ITSS et VIH/Sida »**. Les intervenants communautaires et en santé se sont souvent réunis afin d'identifier comment ils pourraient encourager leur population à adopter de meilleures habitudes et de bonnes conditions de santé, à diminuer progressivement le nombre et la gravité de ces maladies, de même que ses conséquences. Malgré cela il sera important au cours des prochaines années d'élaborer des outils de prévention et de mieux identifier et cibler les interventions en matière de prévention sexuelle.



ACTIVITÉS DE PRÉVENTION ET DE SENSIBILISATION

De nombreuses activités sont réalisées chaque année dans le cadre de ce programme, nous mentionnons ici les principales :

- Un programme de vaccination contre l'hépatite A et B et le VPH est en place dans les Centres de santé pour les clientèles à risque et en milieu scolaire pour les élèves de la 4^e année du primaire. Depuis 2016, les garçons de la 4^{ème} année du primaire s'ajoute au programme de vaccination contre le VPH;
- La présence d'une infirmière en milieu scolaire permet de renseigner la clientèle jeunesse sur différents sujets liés à la prévention sexuelle. Voici le calendrier des activités réalisées ponctuellement durant l'année scolaire en cours :
 - ✓ Elle mène des entrevues personnalisées et de groupe, selon les besoins et selon la demande du milieu scolaire;
 - ✓ Visite de l'organisme ruban en route;
 - ✓ Elle organise des dîners-causeries avec ateliers sur les méthodes contraceptives et les premières relations amoureuses;
 - ✓ Port du ruban rouge pour les employés lors de la journée mondiale le 1^{er} décembre.

3.6.4 Tuberculose

Le programme québécois sur la tuberculose poursuit sensiblement les mêmes objectifs que les Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse. Par ailleurs, comme Santé Canada n'a pas de loi qui s'applique aux communautés en matière de santé publique, l'application du programme québécois pour notre communauté est sous la responsabilité de La Direction de santé publique (DSP) voir annexe n° 22 « Politique tuberculose ». Nous travaillons en étroite collaboration avec eux afin de répondre aux exigences de ce programme. Soulignons que la tuberculose est une maladie à déclaration et à traitement obligatoire pour tous les cas dépistés, sans exception.

La communauté de Uashat mak Mani-utenam a été durement touchée en 2007, avec dix cas recensés. Le foyer de l'épidémie était localisé à Mani-utenam. Trois cas se sont déclarés en 2008-2009, dont un cas qui était une récurrence. Un seul cas a été déclaré en 2010.

Promotion et prévention

Les mesures de promotion et de prévention se font par le biais de divers moyens tels que la diffusion d'information et d'outils concernant les mesures d'hygiène, l'étiquette respiratoire et les précautions de base. Un aménagement de la salle d'attente a été créé



afin de respecter les normes de l'étiquette respiratoire et ainsi diminuer les risques de transmission de l'infection. Donc, une partie est réservée pour les patients se présentant au Centre de santé et ayant des symptômes tels que la fièvre, la toux, la congestion, l'écoulement nasal, etc. Les patients présentant ces symptômes et s'inscrivant à la réception afin de rencontrer une infirmière ou tout autre professionnel de la santé sont appelés à mettre un masque de procédures avec élastiques et doivent le garder dans la salle d'attente jusqu'à ce qu'une infirmière ait procédé à leur évaluation. Ces patients sont redirigés dans une partie de la salle d'attente prévue à cet effet. Les patients présentant des symptômes suspects seront référés au CISSS de Sept-Îles pour une évaluation médicale plus approfondie.

Partenaires

Nous travaillons avec plusieurs partenaires lors d'une éclosion ou une enquête de cas de tuberculose. Sans ces précieux partenaires, notre travail serait une tâche quasi impossible. Voici nos principaux partenaires :

Le CISSS de Sept-Îles : c'est l'endroit où les évaluations médicales, les examens diagnostiques et où l'analyse des prélèvements sont effectués. Les médecins de l'urgence, les infirmières en infectiologie, le pneumologue ainsi que le microbiologiste font tous partie des professionnels impliqués dans le processus d'une éclosion ou de cas de tuberculose.

La Direction de la santé publique

- Une collaboration des infirmières des Centres de santé de Uashat et Maliotenam aux enquêtes épidémiologiques menées par la DSP pour les maladies à déclaration obligatoire (MADO; ex. tuberculose);
- l'utilisation des protocoles ou guides d'intervention provinciaux et régionaux en vigueur par les infirmières des Centres de Santé de chaque centre;
- Les infirmières signalent à la DSP, toutes les menaces à la santé de la population (ex. éclosion, suspicion de tuberculose...) et collaborent à l'intervention en santé publique s'il y a lieu. Les infirmières travaillent toujours en étroite collaboration avec la DSP et attendent leurs avis et expertises afin de déterminer la priorité des interventions et la population à cibler dans la cas d'une enquête de tuberculose.

Santé-Canada : fournit de l'expertise dans certaines situations. Dans le cas de l'éclosion des 10 cas de TB en 2007, des infirmières de Santé Canada sont venues en renfort afin de participer à l'élaboration du plan d'action et de la recherche de contacts des cas de TB.



Surveillance des données sur la tuberculose

La surveillance des données est assumée et effectuée par la Direction de la santé publique puisque la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire et que cette information leur est directement transmise par le laboratoire.

Formation du personnel

Une sensibilisation aux symptômes de cette maladie est menée auprès du personnel infirmier environ deux fois par année. L'objectif de cette sensibilisation est de s'assurer que tout le personnel infirmier soit en mesure de dépister la maladie et de faire de la prévention, surtout lorsque les clients visitent les Centres de santé pour des problèmes respiratoires.

Par ailleurs, une formation est en cours d'élaboration par madame Nahil Dajani, de Santé Canada. Cette formation, qui tiendra compte du programme québécois, comprendra notamment la marche à suivre dans la mise en œuvre et l'évaluation du programme.

Enfin, l'évaluation du programme s'effectue à partir des feuilles de synthèses que l'Agence de Santé compile suite aux données que nous lui transmettons sur les contacts des personnes atteintes. Pour les cas, l'Agence utilise les notes évolutives des infirmières et le suivi des consultations auprès des spécialistes.

COUNSELING ET RÉFÉRENCE

Les infirmières en services courants et en milieu scolaire sont en mesure d'offrir des consultations individuelles et confidentielles sous forme de conseils et de références en matière d'ITSS. Les infirmières peuvent offrir au besoin des brochures d'informations et référer les clients vers le bon corridor de service, selon le besoin identifié.

3.7. SANTÉ ENVIRONNEMENTALE ET PUBLIQUE

Description du programme

Le programme de santé environnementale et publique vise à prévenir et/ou réduire les risques pour la santé associés à une exposition à des dangers dans les environnements naturels et bâtis et, par conséquent, à contribuer à une amélioration de la santé et du bien-être de la communauté. Les activités sont menées dans des domaines essentiels tels que: l'eau potable, la salubrité alimentaire, la santé et le logement, les inspections des installations, les eaux usées, les déchets solides, les contrôles des maladies transmissibles d'origine environnementale, la préparation et l'intervention en cas d'urgence.



La livraison des services en santé environnementale est effectuée en collaboration avec l'agent d'hygiène du milieu (AHM) de Santé Canada et d'un contrôleur de la qualité de l'eau potable (CCQEP) de la communauté pour l'échantillonnage de l'eau potable, des piscines extérieures et des plages des deux communautés durant la saison estivale. Le plan d'action communautaire (en annexe) de la santé environnementale et publique produit par l'agent d'hygiène du milieu de Santé Canada et signé par la direction Santé donne en détails les activités et les objectifs de ce programme.

Contrôle de la qualité de l'eau

Le contrôleur de la qualité de l'eau occupe ce poste à temps partiel pour les deux communautés, ses principales fonctions sont le prélèvement des échantillons d'eau et d'analyser la qualité de l'eau potable en fonction des paramètres bactériologiques et physico-chimiques (coliformes totaux, E.Coli, chlore résiduel et turbidité) selon des procédures d'échantillonnage définies avec l'agent d'hygiène du milieu.

