P-194

Cadre de référence

Glossaire

AEOR	Accueil, Évaluation, Orientation, Référence personnalisée
CAALT	Centre d'amitié autochtone de La Tuque
CAAVD	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSSHSM	Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-Maurice
CSSSVO	Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
FTSA	Fonds de transition pour la santé des Autochtones
GMF	Groupe de médecine familiale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
PII	Plan d'intervention individualisé
RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
RLS	Réseau local de services
TA	Tension artérielle
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

1. AVANT-PROPOS 4

2. INTRODUCTION 4

3. PRÉSENTATION DU CAALT 4

4. PRÉSENTATION DU CSSSHSM 5

5. PRÉSENTATION DE LA CLINIQUE ACOKAN 6

6. PORTRAIT DE LA POPULATION AUTOCHTONE DE LA TUQUE 6

7. LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS 7

8. APPROCHE CULTURELLEMENT SÉCURISANTE DE LA CLINIQUE ACOKAN 9

9. MÉCANISMES DE FONCTIONNEMENT 10

9.1 ACCUEIL, ÉVALUATION, ORIENTATION, RÉFÉRENCE PERSONNALISÉE : AEOR **11**

9.1.2 L'infirmière à la Clinique Acokan 11
9.1.3 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM 12
9.1.4 De l'AEOR du CSSSHSM vers la Clinique Acokan 12

9.2 DÉPISTAGE ET SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES **13**

9.2.1 L'infirmière de la Clinique Acokan 13
9.2.2 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM 14
9.2.3 Du CSSSHSM vers la Clinique Acokan 14

9.3 SOINS ET TRAITEMENTS COURANTS ET MÉDECINE DE JOUR **14**

9.3.1 L'infirmière de la Clinique Acokan 14
9.3.2 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM 15
9.3.3 Du CSSSHSM vers la Clinique Acokan 15

9.4 ACTIVITÉS DU PROGRAMME SANTÉ PUBLIQUE **15**

9.4.1 L'infirmière de la Clinique Acokan 16
9.4.2 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM 16
9.4.3 Du CSSSHSM vers la Clinique Acokan 16

9.5 COLLABORATION AVEC LES SERVICES SUIVANTS : LUTTE AU CANCER (INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE), SERVICES À DOMICILE, GMF, BLOC OPÉRATOIRE ET L'URGENCE **17**

9.5.1 Lutte au cancer 17
9.5.2 Services à domicile 17
9.5.3 Groupe de médecine familiale (GMF) 18
9.5.4 Bloc opératoire 19

9.5.5 Urgence 20

10. GOUVERNANCE DE LA CLINIQUE ACOKAN ***20***

10.1 COMITÉ OPÉRATIONNEL ***21***

10.1.1 Composition 21
10.1.2 Mandat 21
10.1.3 Rencontres 21
10.1.4 Reddition de comptes 22

10.2 COMITÉ STRATÉGIQUE ***22***

10.2.1 Composition 22
10.2.2 Mandat 22
10.2.3 Rencontres 22
10.2.4 Reddition de comptes 22

11. GESTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE ***23***

12. MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DE LA CLINIQUE ***24***

13. RESSOURCES ***24***

13.1 Ressources humaines *24*
13.2 Ressources matérielles *24*
13.3 Ressources informatiques *25*

14. GESTION DES DOSSIERS ***25***

15. GESTION DES PLAINTES ***27***

16. GESTION DES RISQUES ET DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES ***27***

ANNEXES (DESCRIPTION DE FONCTIONS, PROTOCOLE D'ENTENTE) ***28***

1. AVANT-PROPOS

Lors du Forum socio-économique des Premières Nations du Québec à Mashteuiatsh en 2006, le gouvernement du Québec et les autorités autochtones se sont engagés à œuvrer pour l'amélioration des conditions de vie des premiers peuples du Québec. L'un des engagements conclus lors de ce Forum implique le ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) et se libelle comme suit :

> *Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, en partenariat avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, s'engage à favoriser les partenariats dans le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les Centres de santé et de services sociaux ainsi que dans l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones.*
> *Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant… pour l'avenir, 2007*

C'est dans ce contexte que s'est établi un partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSSVO), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). De cette alliance, naît en janvier 2011, la Clinique Minowé, une ressource en santé et services sociaux entièrement intégrée au réseau local de la MRC de la Vallée-de-l'Or. Ce projet d'innovation sociale a été développé dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada.

2. INTRODUCTION

En 2011, l'annonce du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada a permis au Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) d'obtenir le financement pour le déploiement et l'implantation du modèle Minowé dans les villes du Québec desservies par un centre d'amitié autochtone. Le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT) répondait aux critères de priorité développés par le RCAAQ et a donc été choisi comme premier site d'accueil du modèle, sous le nom de Clinique Acokan. Ce projet est une initiative conjointe entre le CAALT et le Centre de santé et de services sociaux du Haut Saint-Maurice (CSSSHSM).

3. PRÉSENTATION DU CAALT

Fondé en 1974, le Centre d'amitié autochtone de La Tuque fournit aux membres de la collectivité autochtone et allochtone de la région un vaste éventail de programmes et de services. Au fil des ans, le CAALT a développé une gamme variée de programmes et de services pour mieux répondre aux besoins des familles. Il est devenu aujourd'hui une

ressource incontournable en matière de mieux-être pour tous les Autochtones et un lieu de connaissance et d'apprentissage pour les Allochtones.

La mission du CAALT vise à améliorer la qualité de vie des Autochtones vivant en milieu urbain et les valeurs promues se traduisent comme suit :

- Maintenir un lieu de rencontre afin de satisfaire les besoins culturels, matériels et sociaux des Autochtones;
- Fournir un service de conseiller et de référence en se servant des ressources communautaires;
- Mettre de l'avant des services et programmes afin d'aider les personnes autochtones à s'établir dans la communauté urbaine;
- Sensibiliser le grand public aux besoins des personnes autochtones migrant dans le milieu urbain afin de faciliter leur adaptation;
- Promouvoir des activités sociales, sportives et culturelles pour les Autochtones avec la participation des non-Autochtones de façon à créer des liens sociaux entre tous ces individus;
- Donner aux personnes autochtones un rôle important dans la programmation et l'administration du Centre.

4. PRÉSENTATION DU CSSSHSM

Le CSSS du Haut Saint-Maurice est une institution multivocationnelle assurant la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les trois mandats dont il a la responsabilité exclusive sur son territoire, soit :

- Centre local de services communautaires (CLSC);
- Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Centre hospitalier (CH).

Notre raison d'être est la santé et le bien-être de la collectivité. En ce sens, le CSSS du Haut Saint-Maurice est un partenaire essentiel dans le maintien et l'amélioration de la santé de la population du Haut-Saint-Maurice. L'établissement met tout en œuvre pour développer et consolider les services de première ligne à la population et ainsi améliorer leurs conditions de vie. La contribution de chacun permet la création d'un milieu de travail favorisant l'interdisciplinarité, le développement des compétences, l'autonomie, l'innovation, la communication et le dynamisme.

5. PRÉSENTATION DE LA CLINIQUE ACOKAN

La Clinique Acokan vise à contribuer à la santé publique. Elle reconnaît que le citoyen autochtone est l'acteur principal de sa santé globale. Elle est le fruit d'un partenariat novateur et constitue en soi une expérience d'innovation sociale. La Clinique Acokan est une ressource intégrée au réseau local de services qui favorise l'accès à des services de proximité culturellement pertinents et sécurisants pour les premiers peuples en milieu urbain du Haut-Saint-Maurice.

- Le mot « acokan » se prononce « a-jou-gane » et signifie « pont » en langue atikamekw :
- Un pont entre le réseau local de services et les Autochtones du Haut-Saint-Maurice.
- Un pont reliant deux réalités qui se côtoient déjà et qu'on souhaite réunir plus efficacement.
- Un pont symbolisant les échanges bidirectionnels et leur densité.

Ces éléments sont catalyseurs de la volonté mutuelle des initiateurs.

6. PORTRAIT DE LA POPULATION AUTOCHTONE DE LA TUQUE

La zone d'influence territoriale d'un centre d'amitié autochtone est l'aire de distribution et de circulation de la population autochtone à l'intérieur d'un territoire donné. Ce territoire est déterminé selon plusieurs échelles : municipalité, agglomération, municipalité régionale de comté (MRC) et regroupement de MRC, et intègre, selon le cas, les villes, les villages, les communautés ou autres lieux de rencontre saisonniers ou permanents. Ce territoire est également traversé de nombreuses infrastructures. Cette zone d'influence territoriale est le théâtre d'un ensemble de relations de diverses natures (sociales, commerciales, économiques, etc.). À l'intérieur de cette zone, le centre d'amitié agit comme un pôle de convergence qui engendre une nouvelle mobilité ou circulation des individus. La zone d'influence se mesure à la fois sous l'angle démographique et sous l'angle des services offerts à la population concernée.

- Près du quart des habitants de la zone d'influence déclarent une identité autochtone : ils représentent 23,1 % de la population en 2006, soit une hausse importante depuis 1996. Cette tendance positive se maintient dans la zone d'influence qui se classe au second rang au Québec.

- Une forte présence de chefs de famille monoparentale : le septième des Autochtones indépendants de la zone d'influence de La Tuque sont dans cette situation en 2006, soit plus du double de ce que l'on constate dans la population du Québec (14,9 % contre 6,8 %).
- Un taux de chômage en forte baisse chez les hommes : leur taux de chômage a chuté de 14,3 points de pourcentage entre 1996 et 2006 dans la zone d'influence de La Tuque, bien qu'il demeure toujours très élevé (19,4 %).
- Une grande persistance de l'usage à la maison des langues maternelles autochtones : la grande majorité des résidents de la zone ont une langue maternelle autochtone (81,9 %). La part de ceux qui privilégient l'emploi d'au moins une langue autochtone dans leur résidence est presque égale en 2006 (95,4 %).

Source : www.odena.com

Une évaluation des besoins psychosociaux réalisée en 2009 par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec auprès des membres du Centre d'amitié autochtone de La Tuque révèle que les principales raisons de quitter la communauté sont : vivre dans un environnement plus sain, fuir la violence, fuir l'isolement associé à la communauté et profiter des avantages de la ville. En contrepartie, les principales difficultés rencontrées sont : accéder à des services répondant à leurs besoins et leurs réalités, trouver un logement convenable, se nourrir adéquatement ou nourrir adéquatement leur famille.

7. LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS

Des écarts de santé importants sont observés au Canada entre les peuples autochtones et la population canadienne en général. Voici quelques statistiques :

Diabète : Le diabète de type II atteint un taux de trois à quatre fois plus élevé chez les Autochtones que chez la population en général. Chez les 40 ans et plus, le taux de personnes atteintes est de 20 à 48 % contre un taux de 4 à 8 % pour la population générale. De plus, le diabète apparaît dix ans plus tôt chez la population autochtone au Canada. Ce phénomène est expliqué par une prédisposition génétique, l'obésité dont souffrent 70 à 80 % des diabétiques et les effets de la sédentarisation.

Maladies cardiaques : Il y a 30 ans, la prévalence de ces maladies était moindre chez les Autochtones que chez la population canadienne en général. Toutefois, une augmentation progressive a été observée au cours des années, soit un taux

d’occurrence de 1,3 à 1,5 fois plus fréquent qu’auparavant. Les études démontrent une association avec le diabète, la sédentarité, le tabagisme, l'alimentation et l’obésité.

Tabac : Le tabac a une valeur culturelle aux yeux des Autochtones en raison de son utilisation en médecine traditionnelle et cérémoniale. Malgré cette valeur culturelle, le tabagisme touche de 50 à 60 % des Autochtones comparativement à 20 à 25 % des Canadiens. Le phénomène du tabagisme survient plus jeune dans la vie des Autochtones soit 33,2 % entre 12 et 14 ans. De plus, 41 à 50 % des femmes enceintes fument.

Obésité : L'obésité est un problème croissant avec un taux de prévalence de 40 à 70 %. Elle touche de 50 à 60 % des adolescents et des enfants et est plus fréquente chez les femmes. Les principales raisons observées sont une diète riche en glucides et en lipides, un accès difficile à de la nourriture santé, la sédentarité, la prédisposition génétique, un mode de vie traditionnel en opposition avec le moderne et la banalisation de la problématique.

Problèmes respiratoires : La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est plus fréquente. En effet, 75 % des nouveaux cas de tuberculose (TB) se retrouvent chez les Autochtones ce qui représente un taux 8 à 10 fois plus élevé que chez la population canadienne en général. Par ailleurs, on constate une augmentation de l’incidence du cancer pulmonaire chez la population autochtone.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Plus de 15 % des nouveaux cas sont des Autochtones malgré qu’ils représentent seulement 3 % de la population, la majorité des cas vivent dans les centres urbains.

Cancer du col : Il est trois fois plus fréquent chez les femmes autochtones et entraîne six fois plus de mortalité selon une étude réalisée en Colombie-Britannique.

Maladies transmises sexuellement : La chlamydia et la gonorrhée sont 15 à 20 fois plus fréquentes chez la population autochtone que chez la population canadienne en général.

Détresse psychologique : Le taux de détresse psychologique est nettement plus élevé chez les Autochtones. On observe un taux de suicide de 4 à 6 fois plus important. En fait, 20 % des adolescents et 40% des adultes ont déjà pensé au suicide comparé à 7,4 % des adolescents et 3,9 % des adultes chez la population en général. De plus, 12,4 % d’adolescents et 18,4 % des adultes autochtones ont déjà fait une tentative de suicide.

Violence : Ce sont 80 % des femmes autochtones (ontariennes) qui disent avoir été victimes d'agression (Ontario Native Women Association).

Protection de la jeunesse : On estime que 22 000 enfants autochtones sont dans le système de la protection de la jeunesse, 10 % des enfants autochtones sont retirés de leur foyer comparativement à 0,1 % chez les Canadiens. Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, croit que les enfants autochtones sont portés à l'attention du système de protection de l'enfance pour différentes raisons, notamment en raison de facteurs sociaux, tels que la pauvreté, les logements insalubres et la consommation excessive de substances.

Sources : Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008/Regard sur les Premières Nations et les Inuits au Québec

8. APPROCHE CULTURELLEMENT SÉCURISANTE DE LA CLINIQUE ACOKAN

Cette approche mise de l'avant à la Clinique Acokan relève du concept de sécurisation culturelle aussi appelée « sécurité culturelle ». Pour bien comprendre, il importe de définir certains des concepts qui y sont sous-jacents. Il s'agit des concepts de la « sensibilité culturelle » et de la « compétence culturelle ».

La sensibilité culturelle : La sensibilité culturelle réfère à la nécessité pour les prestataires de soins de santé de reconnaître et de respecter les différences culturelles. La sensibilité culturelle consiste de plus à manifester des « comportements qui sont considérés comme étant polis et respectueux » par la personne de l'autre culture. La sensibilité culturelle s'exprime lorsque les professionnels de la santé reconnaissent qu'ils ne partagent pas la même vision du monde que l'autre, ni son histoire, sa culture, ses réalités ou les défis auxquels il est exposé et qu'ils respectent cela.

La compétence culturelle : La compétence culturelle est définie comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruentes qui permettent une prestation efficace de soins de qualité dans divers contextes interculturels où les croyances, les comportements et les besoins diffèrent. L'atteinte de la compétence culturelle implique également l'actualisation de tels comportements, attitudes et politiques congruentes. Il ne suffit pas de simplement reconnaître les différences, mais d'agir, d'interagir et d'offrir des services de santé d'une manière différente, d'une manière jugée compétente par la personne de l'autre culture. Un praticien culturellement compétent est capable de créer un milieu, un environnement de soins de santé exempt de racisme

et de stéréotypes. Ce milieu de soins est rendu possible par la connaissance que possède le praticien des répercussions de l'histoire sur la personne et conséquemment des adaptations nécessaires à une prestation de soins qui réponde plus efficacement à ses besoins distincts.

La sécurité culturelle ou la sécurisation culturelle : Le concept de la « sécurisation culturelle » est apparu en Nouvelle-Zélande dans les années 1980. Depuis, les peuples indigènes du monde entier la revendiquent notamment dans le cadre des soins de santé et des services à l'enfance qui leur sont offerts. La sécurisation culturelle (ou la sécurité culturelle) est possible lorsque les professionnels de la santé et les milieux de soins font preuve de sensibilité et de compétence culturelles. La sécurisation culturelle est d'abord et avant tout un résultat, un sentiment ressenti par une personne qui a reçu des soins culturellement sécurisants. La personne se sent en sécurité lorsqu'elle reçoit des soins dans un milieu exempt de racisme par un professionnel qui a une connaissance suffisante de sa culture et de son histoire lui permettant de communiquer et d'interagir avec elle avec empathie, respect et dignité. La personne se sent en sécurité lorsqu'une relation de confiance est établie et maintenue entre le professionnel de la santé et elle. Cette relation de confiance est facilitée par la connaissance du praticien des effets des conditions socioéconomiques, de l'histoire et des politiques sur la santé de la personne. La personne se sent en sécurité, car elle perçoit le respect qu'on attribue à ses croyances, ses valeurs et ses comportements. Elle se sent en sécurité lorsqu'on l'informe, lui explique, lui demande son consentement, ce qui lui permet de prendre part activement aux décisions relatives à sa santé.

9. MÉCANISMES DE FONCTIONNEMENT

La section suivante décrit la gamme des services complémentaires issus des programmes et services du CSSSHSM qui sont offerts par la Clinique Acokan. Dans un premier temps, on trouve la présentation des services qui seront dispensés à Acokan, puis on donne une brève description de ces derniers. Il est à préciser que la Clinique Acokan ne se veut pas un dédoublement des services offerts au CSSSHSM, elle ne se veut pas non plus un développement de services d'urgence ouvert jour et nuit. Cette clinique se veut un complément à l'offre de services du CSSSHSM. Elle vise à faciliter l'accès aux services existants en modifiant l'approche, car la teneur des services et les outils utilisés demeurent les mêmes. Le changement majeur se situe dans le savoir-être de l'infirmière de la clinique certes, et également des intervenants du CSSSHSM. On prétend par cette approche améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et par conséquent la santé de la population autochtone. Ainsi, le contenu des

services est exactement le même qu'au CSSSHSM, c'est pourquoi la description des services est basée sur celle de l'établissement.
Dans un premier temps, l'infirmière à la Clinique Acokan est sous la responsabilité professionnelle de la direction responsable des soins infirmiers du CSSSHSM. En ce sens, elle doit respecter les normes, les critères et les protocoles établis de l'organisation dans l'exercice de ses fonctions tout comme les obligations et limites associées à son champ de pratique. Toute modification d'acte ou demande d'autorisation spéciale doit être approuvée par la direction responsable des soins infirmiers.

Gamme de services offerts à la Clinique Acokan : à la suite de l'analyse des services offerts au CSSSHSM, des besoins de la clientèle et du taux de pénétration des divers programmes, il a été convenu de commencer les activités en lien avec les volets suivants :

1. Accueil, évaluation, orientation, référence personnalisée;
2. Dépistage et suivi des maladies chroniques;
3. Soins courants et médecine de jour;
4. Activités du programme de santé publique;
5. Liens avec les services suivants : lutte au cancer (infirmière pivot en oncologie), services à domicile, Groupe de médecine familiale (GMF), bloc opératoire et l'urgence.

9.1 ACCUEIL, ÉVALUATION, ORIENTATION, RÉFÉRENCE, PERSONNALISÉE : AEOR

Description du CSSSHSM : L'objectif du service d'Accueil, Évaluation, Orientation, Référence personnalisée (AEOR) est de faciliter l'accès pour la clientèle aux services de première ligne en matière de santé physique et de services psychosociaux. Ce service comporte deux volets, un premier, relatif aux besoins en matière de santé physique, l'AEOR santé, et un second, traitant les demandes de services psychosociaux. Ainsi, toutes les demandes de services transitent par l'AEOR.

9.1.2 L'INFIRMIÈRE À LA CLINIQUE ACOKAN

En complémentarité avec les AEOR du CSSSHSM, son rôle consiste à accueillir toute personne ayant un besoin, évaluer la nature de ce besoin et le traiter ou l'orienter vers le service approprié. L'infirmière reçoit des demandes de toutes natures (santé ou social) avec ou sans rendez-vous, elle est disponible lorsque le client se présente.

L'infirmière à la clinique effectue donc une partie des fonctions des AEOR du CSSSHSM, soit :

- ✓ Accueillir la personne;
- ✓ Évaluer le besoin de santé physique ou social;
- ✓ Appliquer les ordonnances collectives pertinentes;
- ✓ Préciser les mécanismes de référence, avec les AEOR du CSSSHSM, qui faciliteront une approche culturellement adaptée (pour les services que l'infirmière ne peut offrir);
- ✓ Servir d'intermédiaire pour inscrire les usagers sans médecin de famille.

L'infirmière de la Clinique Acokan utilise les procédures et les outils existants et en vigueur au CSSSHSM. Elle travaille en étroite collaboration avec les deux AEOR de l'établissement.

9.1.3 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM

Lorsque l'infirmière est dans l'impossibilité d'offrir le service requis par l'usager, elle le dirige et l'accompagne vers le CSSS afin de ne pas répéter des démarches inutiles pour l'usager. Elle communique avec l'AEOR afin d'effectuer la référence et son actualisation en tenant compte de ses particularités culturelles. L'AEOR et elle conviennent des modalités et assument chacune leur part de responsabilité pour s'assurer que l'usager obtienne le service nécessaire. Ainsi, l'infirmière de la clinique Acokan s'occupe de ce qui concerne l'usager et l'intervenant de l'AEOR du CSSS, lui, s'occupe des démarches avec le secteur requis.

9.1.4 De l'AEOR du CSSSHSM vers la Clinique Acokan

Lorsqu'un usager autochtone se rend à l'AEOR du CSSSHSM, il est accueilli soit par l'infirmière ou la travailleuse sociale, selon les procédures établies. Il est possible que les intervenants orientent la clientèle vers la Clinique Acokan s'il est identifié que le service requis est disponible à la clinique. L'AEOR informe l'usager et communique avec l'infirmière clinicienne pour lui transmettre les informations requises.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnes vues dans le cadre de l'AEOR;
- Nombre de personnes référées au CSSSHSM : santé et social;
- Nombre de personnes traitées à la Clinique Acokan.

9.2 Dépistage et suivi des maladies chroniques

Description du CSSSHSM : La gestion et le suivi des maladies chroniques consistent en l'application des différents programmes existants concernant certaines pathologies. Ces

programmes couvrent toutes les phases du continuum de la problématique allant du dépistage au décès. Au CSSSHSM, il existe des programmes encadrant des pathologies. On retrouve une équipe composée d'une infirmière, d'une inhalothérapeute, d'une kinésiologue et de tout autre professionnel dédié à la prévention et à la gestion de ces maladies. Les maladies chroniques sont : le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les problèmes musculo-squelettiques. On y effectue une gamme de services, soit la promotion, la prévention, le dépistage, le suivi, l'enseignement et l'accompagnement des personnes dans leur apprentissage.

9.2 DÉPISTAGE ET SUIVI DES MALADIES CHRONIQUES

Description du CSSSHSM : La gestion et le suivi des maladies chroniques consistent en l'application des différents programmes existants concernant certaines pathologies. Ces programmes couvrent toutes les phases du continuum de la problématique allant du dépistage au décès. Au CSSSHSM, il existe des programmes encadrant des pathologies. On retrouve une équipe composée d'une infirmière, d'une inhalothérapeute, d'une kinésiologue et de tout autre professionnel dédié à la prévention et à la gestion de ces maladies. Les maladies chroniques sont : le diabète, les maladies pulmonaires obstructives, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les problèmes musculo-squelettiques. On y effectue une gamme de services, soit la promotion, la prévention, le dépistage, le suivi, l'enseignement et l'accompagnement des personnes dans leur apprentissage.

9.2.1 L'INFIRMIÈRE DE LA CLINIQUE ACOKAN

L'infirmière clinicienne à la Clinique Acokan joue un rôle majeur dans la prévention, le dépistage et le suivi des maladies chroniques chez la population autochtone. Ses interventions peuvent être individuelles ou de groupes, planifiées ou non. Bien qu'elle utilise les outils et se réfère aux protocoles et différents documents d'encadrement existants au CSSS, la méthode devra être adaptée à chaque usager. Dans ce domaine, l'infirmière de la clinique travaille en collaboration avec plusieurs intervenants du CSSS. Beaucoup de services peuvent être offerts par l'infirmière concernant la gestion des maladies chroniques, soit :

- Dépistage du diabète, hypertension artérielle, des maladies cardiorespiratoires (syndrome métabolique);
- Activités de promotion des saines habitudes de vies;
- Évaluation et surveillance clinique requise à la condition des usagers (à la clinique ou à domicile);

- Suivi des usagers diagnostiqués : diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance rénale;
- Enseignement « adapté » pour favoriser une autogestion de la maladie;
- Référence à des professionnels ou des programmes du CSSSHSM.

9.2.2 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM

Le CSSS est la référence pour l'infirmière clinicienne en matière d'expertise. Les différents professionnels sont disponibles pour la soutenir en fonction des différents besoins des usagers.

9.2.3 Du CSSSHSM vers la Clinique Acokan

L'infirmière clinicienne soutient les intervenants du CSSS afin qu'ils adaptent leur approche et puissent ainsi offrir à l'usager un environnement culturellement sécurisant.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnes référées;
- Nombre de participants aux activités (rencontres);
- Pourcentage d'usagers ayant une diminution des facteurs de risque : tour de taille, tension artérielle (TA), tabagisme, examens de laboratoire

9.3 Soins et traitements courants et médecine de jour

Description du CSSSHSM : Les services dispensés dans ce secteur sont variés tout comme la clientèle pouvant s'y présenter. Ils consistent en une vaste gamme de soins ou de traitements prescrits devant être administrés par une infirmière. Les soins courants sont habituellement des soins ponctuels de courte durée tels que : changement de pansement, administration d'un médicament, etc. Les soins en médecine de jour sont plus complexes et nécessitent un temps d'exécution plus long comme une transfusion sanguine. La clientèle se déplace habituellement sur rendez-vous.

9.3.1 L'infirmière de la Clinique Acokan

L'infirmière de la clinique assume l'ensemble des responsabilités du programme offert au CSSSHSM pour les volets « soins de santé courants » et une partie « médecine de jour », à savoir :

- ✓ Évaluation de la condition de santé des personnes;
- ✓ Détermination et ajustement des plans de traitement;

- ✓ Suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- ✓ Évaluation des résultats de laboratoire et suivi;
- ✓ Détermination et ajustement du plan thérapeutique infirmier;
- ✓ Enseignement;

De façon plus spécifique, l'infirmière :

- o Évalue et effectue le suivi des plaies;
- o Exécute certaines prescriptions médicales nécessitant sa contribution;
- o Exécute divers soins, mesures diagnostiques ou traitements selon une ordonnance;
- o Applique divers protocoles de soins, ordonnances collectives.

9.3.2 De la Clinique Acokan vers le CSSSHSM

L'infirmière de la clinique travaille en étroite collaboration avec les infirmières de la médecine de jour et des soins courants. Ces dernières sont les personnes-ressources pouvant soutenir l'infirmière de la clinique lors de situations complexes ou inhabituelles. De plus, il est possible de référer directement de la Clinique Acokan au secteur médecine de jour/soins courants dans certaines situations.

9.3.3 Du CSSSHSM vers la Clinique Acokan

Au moyen d'un formulaire précisant les soins requis pour l'usager, les secteurs du CSSSHSM notamment le service d'urgence, le bloc opératoire, le Groupe de médecine familiale (GMF) réfère la clientèle autochtone vers la Clinique Acokan. Elle prodigue les soins requis et assure le suivi avec le médecin traitant.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnes / services (Médecine de jour ou soins courants)
- Nombre d'interventions /services

9.4 Activités du programme santé publique

Description du CSSSHSM : Le programme « Santé publique » vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui sont posées, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Il remplit quatre fonctions essentielles : la surveillance

continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention et la protection de la santé. En ce sens, les services du CSSSHSM associés à ce programme concernent tous les secteurs du CSSSHSM, tous les types de clientèles et comportent de multiples dimensions.

9.4.1 L'INFIRMIÈRE DE LA CLINIQUE ACOKAN

Il est convenu que l'infirmière à la clinique évalue les besoins de la clientèle et qu'elle reçoive les préoccupations de celle-ci quant à leur santé et leur bien-être concernant les différents volets énumérés plus haut. Elle répond, dans la mesure de ses capacités et de ses moyens, aux différentes demandes de services ou elle s'allie au personnel de la santé publique du CSSSHSM afin de s'assurer d'obtenir le suivi adéquat.

De façon plus spécifique, l'infirmière voit à :

- Organiser et offrir des activités de promotion de la santé;
- Organiser et offrir des activités de prévention et de dépistage;
- Appliquer des ordonnances collectives en lien avec la santé publique;
- Référer et accompagner les usagers lors d'une démarche particulière.

9.4.2 DE LA CLINIQUE ACOKAN VERS LE CSSSHSM

L'infirmière agit comme agente de liaison pour le CSSSHSM et le Réseau local de services (RLS).

9.4.3 DU CSSSHSM VERS LA CLINIQUE ACOKAN

La principale adaptation aux programmes et aux services est relative au lieu où ces services sont offerts. Selon la nature du service requis, celui-ci pourrait être dispensé à l'extérieur de la clinique et celui-ci pourrait être dispensé en groupe ou individuellement. La présence d'un interprète pourrait s'avérer judicieuse tant pour un modèle que pour l'autre.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de consultations, motifs de consultations (dépistage, contraception, interruption volontaire de grossesse (IVG))
- Nombre d'activités de prévention et de promotion, nombre de participants (lieu où se sont tenues ces activités, par exemple, clinique, domicile, organisations)
- Nombre de références faites vers les services du CSSSHSM

9.5 COLLABORATION AVEC LES SERVICES SUIVANTS : LUTTE AU CANCER (INFIRMIÈRE PIVOT EN ONCOLOGIE), SERVICES À DOMICILE, GMF, BLOC OPÉRATOIRE ET L'URGENCE

Description du CSSSHSM : Ces services ne sont pas dispensés à la clinique par l'infirmière. Par contre, il est possible qu'elle contribue au plan de traitement ou d'intervention. Pour l'ensemble de ces services, l'infirmière de la clinique agit comme personne-ressource pour les intervenants du CSSSHSM ou comme partenaire important afin de développer un plan de services, d'assurer le suivi ou de favoriser la préparation à un traitement ou autre. L'objectif de ce volet étant d'améliorer la continuité des services.

Ainsi, cette section est présentée de façon différente des précédentes. On retrouve un bref aperçu du service et les liens à établir avec l'infirmière uniquement, et ce, pour chacun des secteurs mentionnés.

9.5.1 LUTTE AU CANCER

Deux types de services principaux sont dispensés au CSSSHSM, soit l'évaluation, le soutien et le suivi de l'infirmière pivot en oncologie lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer et l'administration de traitements de chimiothérapie. De plus, dans le cadre du programme de lutte au cancer, on retrouve également les soins de fin de vie.

Collaboration avec l'infirmière Acokan

La collaboration est essentielle pour la prise en charge de la personne. L'infirmière de la clinique connaissant les services, réfère les personnes et leur facilite l'accès. Par ailleurs, les intervenants du CSSSHSM recevant un usager d'origine autochtone, s'il accepte, effectuent le lien avec l'infirmière de la clinique et développent ainsi le plan d'intervention. Ils conviennent de la contribution de chacun en fonction des besoins de l'usager.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'usagers inscrits ayant un Plan d'intervention individualisé (PII)

9.5.2 SERVICES À DOMICILE

Les services à domicile comportent deux dimensions. La première concerne des services destinés aux personnes en perte d'autonomie ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne telles que les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation ou autres. L'objectif étant de permettre à ces personnes de demeurer dans leur milieu naturel

malgré leurs limitations. La seconde s'adresse aux personnes nécessitant des soins ou des services de santé, mais ne pouvant pas se déplacer pour venir les recevoir en médecine de jour ou en soins courants. Ces services sont dispensés de façon parfois ponctuelle ou à long terme.

Collaboration avec l'infirmière Acokan

Pour le volet maintien à domicile, l'infirmière de la clinique peut intervenir de deux façons. En effet, lorsqu'une personne d'origine autochtone requiert des services de maintien à domicile, celle-ci peut s'adresser à l'infirmière de la Clinique Acokan. L'infirmière effectue la demande au service du soutien à domicile qui procède à l'évaluation afin de déterminer l'offre de services requis. À la suite de cette évaluation, l'infirmière de la Clinique Acokan contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de services. Les mécanismes de suivi sont déterminés conjointement. Par ailleurs, il est possible que l'infirmière du soutien à domicile reçoive une demande directement. À ce moment-là, celle-ci communique avec l'infirmière de la clinique pour effectuer les étapes subséquentes.

En ce qui concerne les services de médecine de jour et de soins courants pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, si l'infirmière de la clinique reçoit la demande, elle communique avec l'infirmière des soins à domicile et elles conviennent du plan de services. Dans le même ordre d'idées, lorsque l'infirmière des soins à domicile reçoit une demande concernant une personne autochtone en milieu urbain, elle communique avec l'infirmière de la Clinique Acokan afin de concevoir le plan de services, sa mise en œuvre et son suivi.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'heures de services à domicile;
- Nombre d'usagers différents

9.5.3 GROUPE DE MÉDECINE FAMILIALE (GMF)

Le groupe de médecine familiale (GMF) vise à assurer des services médicaux de première ligne à l'ensemble de la population. Les médecins et autres professionnels (infirmière clinicienne et infirmière praticienne) de cette clinique assurent la prise en charge de la population sur le territoire et effectuent l'ensemble des services y étant associés. La majorité des services sont dispensés sur rendez-vous. Cependant, une

clinique d'accès rapide est en place pour une consultation médicale « non urgente » c'est-à-dire ne requérant pas le plateau technique et diagnostique de l'urgence.

Collaboration avec l'infirmière Acokan : L'infirmière de la clinique dirige les patients orphelins vers le guichet d'accès. Elle communique avec l'AEOR et donne les informations pour inscrire les personnes nécessitant un médecin de famille. L'infirmière peut agir comme intermédiaire pour le personnel du Groupe de médecine familiale (GMF), particulièrement pour rejoindre certains usagers. Cependant, l'apport de l'infirmière de la clinique après la visite médicale est majeur. Elle assure la continuité des prescriptions ou le suivi de la visite si nécessaire. Ainsi, à la suite de la visite au Groupe de médecine familiale (GMF), l'infirmière évalue les besoins de l'usager avec l'accord de ce dernier. Elle fait ensuite le lien avec l'infirmière de la Clinique Acokan. Ensemble, elles conviennent du plan pour assurer la continuité des soins et des services.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'usagers différents (suivi conjoint groupe de médecine familiale (GMF) – Acokan)

9.5.4 BLOC OPÉRATOIRE

Le bloc opératoire offre des soins et des services chirurgicaux de nature variée allant d'une chirurgie mineure sous anesthésie locale à des interventions majeures sous anesthésie générale ainsi que des services d'endoscopie. Le cheminement de l'usager au bloc consiste en quatre étapes :

- Rencontre de consultation avec le chirurgien;
- Rencontre préparatoire à l'intervention ou à l'examen;
- Déroulement de l'intervention ou de l'examen;
- Suivi postchirurgie ou postexamen.

Collaboration avec l'infirmière Acokan : Bien qu'il soit possible que l'infirmière de la clinique accompagne l'usager ou s'assure de la compréhension des instructions à toutes les étapes, elle a à intervenir particulièrement au niveau de la rencontre préparatoire et du suivi postchirurgie ou postexamen. En ce sens, elle effectue la rencontre préparatoire ainsi que tout le suivi postopératoire ou postexamen, si la nature de la demande est compatible à des soins courants. Donc, à la suite de la demande de consultation en chirurgie et si une intervention est requise, l'infirmière du bloc opératoire (en fonction de l'usager et avec son accord) communique avec l'infirmière de la Clinique Acokan. Ensemble, elles déterminent le plan d'intervention et précisent les contributions de chacune.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'usagers différents préopératoire;
- Nombre d'usagers postopératoire.

9.5.5 URGENCE

L'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services requis par sa condition. Elle offre une gamme variée et de soins et services, et ce, autant aux adultes qu'aux enfants. Afin de déterminer la priorité des patients à voir, l'urgence suit un processus d'évaluation des usagers selon une échelle de triage et de gravité. À l'urgence, on dispense immédiatement les soins et les services requis. Il est fort probable que d'autres services ou secteurs d'activités doivent prendre le relais pour la continuité de soins.

Collaboration avec l'infirmière Acokan : Il est évident que l'infirmière de la Clinique Acokan ne dispense pas de soins d'urgence. Si le patient nécessite des soins de cette nature, il doit se rendre à l'urgence et sa situation est priorisée selon le processus de triage habituel.

Cependant, après une visite à l'urgence nécessitant un suivi, l'infirmière de la Clinique Acokan intervient. En effet, après une consultation à l'urgence, des soins, des examens ou d'autres références pourraient être prescrits. Le personnel de l'urgence avise l'infirmière de la Clinique Acokan. En fonction des besoins, l'infirmière de la clinique détermine le plan d'intervention ou de services, le cheminement de l'usager, coordonne le suivi des demandes et s'assure de planifier les prochaines étapes avec l'usager pour la continuité de la prise en charge.

Indicateurs de suivi :

- Nombre d'usagers référés de l'urgence vers la Clinique Acokan

10. GOUVERNANCE DE LA CLINIQUE ACOKAN

La structure de gouvernance vise à mettre à contribution l'expertise de chaque partenaire. Elle s'articule autour de deux comités :

- Le comité opérationnel;
- Le comité stratégique.

La définition de chaque comité, sa composition, son mandat et les modalités de rencontre sont détaillés dans les lignes suivantes.

10.1 COMITÉ OPÉRATIONNEL

Un comité de coordination est créé pour assurer le fonctionnement des opérations courantes de la Clinique Acokan.

10.1.1 COMPOSITION

- Coordonnatrice Clinique Acokan, infirmière clinicienne, client partenaire coordonnatrice CSSSHSM.

10.1.2 MANDAT

- Assure la mise en œuvre, soit : la conception, la planification, l'actualisation et le suivi des décisions du comité stratégique;
- Assure le respect des orientations et de la vision du cadre de référence;
- Détermine les ressources requises et propose les moyens pour les obtenir;
- Produit les rapports financiers et les rapports d'activités requis;
- Participe aux évaluations et collabore à la programmation de recherche scientifique;
- Assure la conception et le suivi du tableau de bord de la Clinique Acokan;
- Analyse le fonctionnement et propose des améliorations afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle;
- Identifie les besoins de formation des ressources humaines et fait les recommandations au comité stratégique;
- Facilite l'accès aux services de santé et sociaux en milieu urbain aux Autochtones en assurant :
  - la communication et l'arrimage des services à l'interne et entre les partenaires du milieu;
  - l'harmonisation des outils d'intervention avec le CSSSHSM;
  - la gestion des protocoles d'entente.

10.1.3 RENCONTRES

Le comité opérationnel se rencontre mensuellement et plus selon les besoins. La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de consulter les autres membres pour préparer l'ordre du jour ainsi que pour produire des comptes rendus de chacune des rencontres.

10.1.4 REDDITION DE COMPTES

La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de la reddition de comptes à remettre au comité opérationnel pour approbation.

10.2 COMITÉ STRATÉGIQUE

Le comité stratégique est formé afin de prendre les décisions, donner les orientations stratégiques et soutenir le comité opérationnel dans ses responsabilités.

10.2.1 COMPOSITION

Directrice du CAALT, coordonnatrice de la Clinique Acokan, directeur ou représentant du CSSSHSM, coordonnatrice du RLS, coordonnatrice du CSSSHSM

10.2.2 MANDAT

- Détermine les orientations stratégiques, financières et politiques de la Clinique Acokan ainsi que des projets qui y sont liés;
- Approuve la programmation des activités et la planification des évaluations;
- Prend les décisions au regard des recommandations apportées par le comité opérationnel;
- Assure le suivi du déploiement de la clinique et des résultats atteints;
- Détermine le budget et assure le suivi financier;
- Effectue l'évaluation de la clinique en mars 2016;
- Assure la représentation de la Clinique Acokan auprès des instances reconnues.

10.2.3 RENCONTRES

Le comité stratégique se rencontre trimestriellement et plus selon les besoins. La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de préparer l'ordre du jour et de produire les comptes rendus de chacune des rencontres.

10.2.4 REDDITION DE COMPTES

Le comité stratégique est responsable de la validation des rapports fournis par le comité opérationnel.

11. GESTION DES CONDITIONS DE TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE

Pour faciliter l'encadrement administratif de l'infirmière dans le respect des normes et des contrats de travail de chaque organisation à laquelle les employés sont rattachés, un tableau a été développé pour clarifier les rôles et les processus.

ACTIVITÉS	DESCRIPTION	CAALT	CSSSHSM	PROCESSUS
Feuille de temps	Remplir une feuille aux deux semaines sur le logiciel « Magistra »	Valide les heures	Approuve	L'infirmière complète sa feuille et imprime une copie pour le coordonnateur, en cas d'irrégularité, il prend contact avec le CSSSHSM.
Congés maladie **Raisons personnelles**	Courte durée	Informe le CSSSHSM	Approuve	L'infirmière informe le coordonnateur qui prend contact avec le CSSSHSM.
	Longue durée	Informe le CSSSHSM	Approuve et envisage une solution	Longue durée, prendre contact avec le CSSSHSM.
Congés fériés	Applique les congés du CSSSHSM	–	–	Dans le cas où les congés du CSSSHSM diffèrent du CAALT, le CAALT assurera la présence d'un autre employé pour permettre la prestation de services à la Clinique Acokan.
Cumul d'heures	Le cadre administratif du CSSSHSM s'applique.	Valide avec le CSSSHSM	Autorise les heures supplémentaires ou l'horaire présenté par le CAALT.	Le coordonnateur avise le CSSSHSM préalablement et dans la mesure du possible, l'horaire de l'infirmière est prévu d'avance lorsque sa participation aux activités est requise de sorte à éviter les heures supplémentaires.
Vacances	Les vacances sont fixées selon les normes du CSSSHSM.	Valide la demande de vacances.	Approuve.	L'infirmière transmet une demande de vacances au 15 septembre pour l'hiver et au 15 mars pour l'été. Le coordonnateur valide pour s'assurer que sa présence n'est pas requise aux dates proposées.
Déplacement	Soins à domicile	Rembourse un taxi	Rembourse le CAALT jusqu'à concurrence du montant préétabli.	Une demande de déplacement ou de participation doit être préalablement faite auprès du coordonnateur par l'infirmière.
Frais de participation et de déplacement à l'extérieur de la ville	Participation à un événement	Valide selon le budget.	Autorise et rembourse le CAALT jusqu'à concurrence du montant préétabli.	

Les documents d'encadrement relatifs aux conditions de travail, ou documents d'encadrement clinique du CSSSHSM s'appliquent pour la gestion de l'infirmière de la Clinique Acokan et prévalent sur tous autres documents à cet effet, lorsqu'il y a un questionnement, prendre contact avec la coordonnatrice des services de première ligne du CSSSHSM.

12. MÉCANISMES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DES ACTIVITÉS DE LA CLINIQUE

Particulièrement durant la première année, le comité opérationnel de la Clinique Acokan assure le suivi et l'évaluation des activités en utilisant le tableau des indicateurs. Les résultats partagés au comité stratégique permettent d'apporter les ajustements requis afin d'atteindre les résultats voulus.

Le comité opérationnel veille à l'application du processus de collecte de données à partir d'outils adaptés pour la mesure des résultats.

13. RESSOURCES

Cette section précise les rôles et les responsabilités du CAALT et du CSSSHSM au niveau des ressources humaines, matérielles et informatiques.

13.1 RESSOURCES HUMAINES

Une infirmière clinicienne et une coordonnatrice assurent la prestation de services de la Clinique Acokan. D'autres ressources humaines peuvent être mises à contribution selon les besoins identifiés. Considérant le partenariat entre le CAALT et le CSSSHSM la contribution de chacun au regard des ressources humaines est :

- **CSSSHSM :** Assume le salaire de l'infirmière clinicienne dans sa totalité en plus de certains montants pour la formation et les déplacements.
- **CAALT :** Assume le salaire de la coordonnatrice en plus d'une portion si nécessaire pour la formation et les déplacements de l'ensemble des ressources de la clinique.

Advenant l'ajout d'autres ressources, le comité stratégique détermine au préalable le financement.

13.2 RESSOURCES MATÉRIELLES

Les ressources matérielles ont été divisées en deux classes soit : médicales et non médicales.

- **CSSSHSM :** Assume les coûts des fournitures médicales et une portion des fournitures de bureau et autres.
- **CAALT :** Assume les coûts de l'équipement non médical et une portion des fournitures de bureau, etc.

Advenant un besoin non prévu de ressource matérielle quelconque, le comité stratégique détermine au préalable le financement

13.3 RESSOURCES INFORMATIQUES

Les frais informatiques ont été divisés selon la capacité de chaque organisation, mais aussi en tenant compte du matériel de base nécessaire pour les opérations courantes.

- **CSSSHSM :** Assume les coûts des licences tels que : MédiResult, Méthodes de soins, I-CLSC, Magistra et Lotus notes. Il assure également le support par l'équipe informatique du CSSSHSM au besoin.
- **CAALT :** Assume les coûts du matériel proprement dit comme : ordinateur, écran, imprimante, suite Microsoft Office, Internet.

Advenant un besoin non prévu de ressource informatique, le comité stratégique détermine au préalable le financement

14. GESTION DES DOSSIERS

Les principes en lien avec les divers documents encadrant la gestion des dossiers établis au CSSSHSM s'appliquent à la Clinique Acokan. Cependant, quelques modifications ont été apportées pour répondre aux particularités de la clinique en fonction du contexte et du lieu d'intervention.

Règles générales : les interventions de l'infirmière clinicienne sont imputées au 6307. Elle utilise les formulaires approuvés au CSSSHSM, sur lesquels on appose une « estampe » identifiant la Clinique. Si l'infirmière requiert l'élaboration d'un nouveau formulaire destiné au dossier de l'usager, elle doit se référer à la procédure prévue à cet effet et respecter les normes indiquées pour la conception de formulaires.

Les feuilles et les formulaires complétés sont classés aux archives, dans le dossier CSLC, sous l'onglet médecine de jour.

Conservation des dossiers : les dossiers actifs des usagers fréquentant la clinique sont sous la responsabilité de l'infirmière clinicienne. Ils sont conservés dans un classeur verrouillé auquel seules les personnes autorisées ont accès.

Accès au dossier : l'accès au dossier est limité à l'infirmière et à l'agente administrative assignée. Toute personne ayant accès aux données confidentielles de la clientèle doit prendre connaissance de ses responsabilités inscrites à la politique du CSSSHSM et signer un engagement à la confidentialité.

Demande de dossier antérieur : aucun dossier antérieur n'est accessible pour la Clinique Acokan. Toute demande d'information contenue au dossier doit être adressée au secteur des archives. Le personnel des archives voit au respect des règles établies pour l'accès à l'information. Il fait parvenir l'information requise à l'infirmière clinicienne par télécopieur. Lorsqu'elle n'a plus besoin de l'information, elle la retourne aux archives pour destruction.

Circulation de documents originaux aux dossiers : tout document original devant être déposé au dossier de l'usager est apporté aux archives par les personnes mandatées uniquement. Le transport desdits documents par les personnes mandatées s'effectue durant les heures d'ouverture des archives.

Destruction de documents contenus aux dossiers : aucune destruction de document contenant des informations confidentielles ne s'effectue à la Clinique Acokan. Ces documents sont retournés aux archives du CSSSHSM qui en assurent la destruction.

Dépôt des notes de l'infirmière clinicienne aux dossiers aux archives :

- **Suivi court terme :** l'infirmière clinicienne doit inscrire ses notes d'évolution au fur et à mesure. Pour une intervention à court terme ou ponctuelle, elle a un maximum de 30 jours pour les déposer au dossier de l'usager, aux archives.
- **Suivi long terme :** l'infirmière conserve en sa possession les données concernant les trois derniers mois de l'évolution de la condition de l'usager. Ainsi, elle retourne aux archives les notes originales datant de plus de trois mois. Aucune copie des notes expédiées aux archives n'est permise. Si l'infirmière clinicienne requiert une partie des informations contenues dans ces notes, elle effectue la procédure concernant la demande de dossier antérieur.

15. GESTION DES PLAINTES

Les usagers fréquentant la Clinique Acokan peuvent exprimer leur insatisfaction. Toutes les plaintes et les insatisfactions exprimées concernant l'infirmière clinicienne de la clinique ou les services offerts à la Clinique sont traitées selon le processus en vigueur au CSSSHSM. Pour les insatisfactions concernant le personnel du CAALT ou les lieux physiques, les modalités du CAALT s'appliquent.

Les usagers voulant exprimer une insatisfaction ou une plainte s'adressent soit à la coordonnatrice responsable de la Clinique Acokan, directement à l'infirmière clinicienne ou à la directrice du CAALT. La personne recevant l'insatisfaction ou la plainte assure le suivi avec l'autorité concernée soit :

- la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services du CSSSHSM si la plainte concerne l'infirmière clinicienne. Il est possible que la commissaire se rende au CAALT si elle a besoin d'information supplémentaire pour le traitement de la demande.
- la directrice du CAALT si la plainte concerne les lieux physiques ou le personnel du CAALT.

16. GESTION DES RISQUES ET DES ÉVÉNEMENTS INDÉSIRABLES

Les politiques et procédures établies au CSSSHSM encadrant la gestion des dossiers s'appliquent à la Clinique Acokan. L'infirmière clinicienne utilise les mêmes formulaires. Cependant, deux particularités sont en place pour permettre le respect de la politique :

- **Divulgation :** considérant que la personne impliquée ne peut effectuer la divulgation, l'infirmière clinicienne avise sa supérieure immédiate de l'événement. Cette dernière coordonne la divulgation avec la personne responsable de la gestion des risques au CSSSHSM.

- **Plan d'amélioration :** la mise en place et le suivi des mesures correctives à la suite d'un événement indésirable s'effectuent conjointement avec la coordonnatrice des services de première ligne du CSSSHSM et la coordonnatrice de la Clinique Acokan.

Annexes

Centre de santé et de services sociaux
du Haut-Saint-Maurice

Clinique Acokan

INFIRMIER CLINICIEN
INFIRMIÈRE CLINICIENNE

SERVICE(S) :	Clinique Acokan
DIRECTION :	Direction générale adjointe
NUMÉRO DU /DES POSTE(S) :	8772
CODE DU TITRE D'EMPLOI :	1911 *(voir libellé de la convention collective en annexe)*

SOMMAIRE DU POSTE (responsabilités générales)

Sous la responsabilité du coordonnateur des services de première ligne du CSSSHSM, la personne titulaire du poste de la clinique ACOKAN travaille en étroite collaboration avec les personnes responsables des services au Centre d'Amitié Autochtone de La Tuque (CAALT). Dans le respect des valeurs organisationnelles et des règles du code d'éthique du CSSSHSM, elle assume principalement les responsabilités inhérentes à sa profession. Ainsi, ses responsabilités principales touchent l'évaluation, le dépistage, la surveillance et le suivi de la condition de santé physique et mentale des personnes.

Spécifiquement, l'infirmière clinicienne de la clinique ACOKAN se doit d'être polyvalente. Elle est appelée à faire face à des problèmes de santé variés pour lesquels elle doit prendre une orientation. Elle occupe un rôle de premier plan au niveau des soins de santé primaire. Elle offre une gamme variée de soins et services, et ce, autant au regard de la promotion, de la prévention qu'au niveau du traitement et du suivi de l'état de santé ainsi que l'enseignement à la population autochtone. Un élément essentiel associé à ses fonctions diverses est son savoir être. La titulaire du poste doit être en mesure de s'adapter à toutes situations certes mais elle doit également adapter son approche afin qu'elle soit culturellement sécurisante pour cette clientèle. Bien qu'il soit prévu qu'elle exerce ses fonctions de jour au CAALT, elle est appelée à aller offrir des services dans d'autres lieux que ce soit à domicile ou ailleurs et en dehors des heures régulières de son travail.

Elle intervient en toute autonomie en première ligne, soit accueillir la clientèle, répondre à leurs besoins, à des problèmes de santé courants, de santé publique, de gestion des maladies chroniques et/ou les diriger vers les ressources appropriées si requis. Elle assure la conception, l'élaboration, l'application et le suivi des différents programmes et services ciblés conjointement par le CSSSHSM et le CAALT. Elle coordonne les divers services et programmes offerts à la clinique. Elle agit comme infirmière de liaison pour diriger, faciliter et parfois accompagner la clientèle dans les différents services des continuums de soins. Par ailleurs, elle collabore au développement et/ou à la modification des services et à la conception des outils cliniques requis afin d'atteindre les objectifs ciblés.

Cette ressource joue également un rôle d'expert pour les autres intervenants du CSSSHSM en partageant ses connaissances afin de les soutenir dans le développement d'une approche culturellement adaptée, et ce, pour l'ensemble de l'établissement.

Elle effectue également des tâches administratives telles que la gestion de l'équipement, de la pharmacie, des ressources humaines et horaires de travail. Elle doit s'assurer du bon fonctionnement de la clinique. Elle s'investit dans son développement afin de s'assurer de posséder les compétences requises pour l'exécution de son travail.

Finalement, elle contribue à l'amélioration de la qualité des pratiques en recommandant des améliorations. Elle doit préserver le respect des standards de pratique dans l'adaptation de son approche.

DESCRIPTION DE FONCTIONS (responsabilités spécifiques)

Responsabilités organisationnelles

- Participer à la définition des objectifs, à la conception ainsi qu'à l'évaluation des programmes correspondant aux besoins de la clientèle;
- Collaborer à l'élaboration et à la modification des protocoles requis;
- Connaître et appliquer les différents protocoles en vigueur;
- Utiliser de façon judicieuse le matériel et les ressources de la clinique;
- S'assurer de développer et de maintenir ses compétences à jour;
- Participer au processus d'analyse des plaintes des usagers et collaborer à la mise en place des solutions retenues;
- S'assurer du maintien et de la mise à jour de ses connaissances et habiletés;
- Participer aux différentes activités de formation requis pour ses fonctions;
- Recueillir les données des statistiques et assurer le suivi des indicateurs.

Responsabilités cliniques (savoir-faire)

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques;
- Effectuer le suivi infirmier des personnes ayant des problèmes de santé complexes;
- Appliquer des techniques invasives selon une ordonnance;
- Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques selon une ordonnance ou les ordonnances collectives en vigueur;
- Effectuer et ajuster des traitements médicaux selon une ordonnance ou les ordonnances collectives en vigueur;
- Préparer et administrer des médicaments selon une ordonnance ou les ordonnances collectives en vigueur;
- Évaluer et déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
- Initier des mesures diagnostique à des fins de dépistage;
- Collaborer à la conception, l'élaboration, la planification, l'organisation et l'application des divers programmes de santé publique (ex. campagne de vaccination);
- Appliquer des soins de première ligne et des soins de santé courants selon les protocoles établis;
- Concevoir, élaborer et dispenser différents programmes d'enseignement à la population en fonction des besoins identifiés;

- Planifier et réaliser les interventions appropriées en collaboration avec l'usager et selon les ressources disponibles;
- Élaborer, appliquer et ajuster le PTI, lorsque nécessaire;
- Tenir à jour, pour chacun des usagers, un dossier dans lequel sont consignés toutes les observations pertinentes et tous les renseignements relatifs à leur santé, selon les procédures établies.

Responsabilités relationnelles

- Respecter et promouvoir les valeurs de l'organisation;
- Soutenir l'équipe dans le développement d'une communication efficiente avec les clients internes (ex: autres secteurs, collègues de travail, etc.), les clients externes ou autres;
- Contribuer à la création d'un climat de travail stimulant axé sur l'échange, la collaboration, la concertation et la participation;
- Agir de manière responsable et exemplaire dans l'exercice de ses fonctions;
- Adapter son approche à la particularité de chacun;
- Aller vers l'usager. En ce sens, le lieu de pratique n'est pas exclusivement la clinique;
- Assurer une relation d'aide et le soutien requis par l'usager;
- Établir avec l'usager une relation de confiance, culturellement sécurisante;
- Conseiller, informer, orienter et référer l'usager en s'appuyant sur ses connaissances, ses compétences et le savoir de l'usager;
- Transmettre à l'usager les renseignements pertinents à l'évaluation des interventions et à la réalisation du suivi qui sera effectué;
- Favoriser une approche visant l'auto gestion de la santé, amener l'usager à être responsable de sa santé, en tenant compte de ses capacités;
- Accompagner l'usager à utiliser et à accroître son répertoire personnel de ressources de façon à maintenir ou à améliorer sa santé et son bien-être;
- Assurer une communication avec l'équipe du CAALT;
- Assurer une communication avec les partenaires du milieu.

Autres responsabilités

- Assumer toutes autres tâches demandées par son supérieur.

Activités d'amélioration continue de la qualité des soins et services et de la gestion des risques

- Recueillir les informations, rédiger les rapports d'accidents/incidents dont elle a connaissance et communiquer au gestionnaire les données relatives aux rapports AH-223;
- Identifier toute situation à risque de danger pour la clientèle ou elle-même;
- Collaborer à l'enquête dans les situations d'accident/incident;
- Collaborer à l'application des mesures correctives pour corriger les situations à risque;
- S'assurer du respect des règles des systèmes établis pour gérer les risques: prévention et contrôle des infections, déclaration et divulgation des évènements indésirables, santé sécurité au travail etc.

SPÉCIFICATION DU POSTE

Équipements / outils

- Poste informatique et logiciels reliés à ce poste
- Bureau;
- Table d'examen :
- Autre matériel et fournitures.

Orientation requise

- (à spécifier)

EXIGENCES REQUISES

Formation académique

- Doit détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou un baccalauréat comportant trois (3) certificats admissibles dont au moins deux (2) certificats reconnus en soins infirmiers.
- Les candidats ou candidates ayant complété leur baccalauréat à 75%, lors de la période d'affichage, seront considéré(e)s.
- Certaines formatons seraient un atout :
  - Examen physique
  - Soins de plaies

Expérience professionnelle

- Trois (3) ans;
- Avoir un intérêt pour la communauté autochtone et sa culture
- Expérience ou formation en santé publique et en maladie chronique serait un atout

Aptitudes-qualités-habiletés personnelles et professionnelles

- Respect de la confidentialité
- Autonomie
- Initiative
- Grande flexibilité
- Capacité d'établir une relation de confiance avec la communauté autochtone
- Capacité d'adaptation
- Sens des responsabilités
- Leadership
- Professionnel

Affiliation professionnelle

- Doit être membre en règle de l'ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

DATES ET SIGNATURES

Date de création : 2 septembre 2014

Date de mise à jour : _____

signatures

Supérieur immédiat et Directeur(trice) : Sylvie Girard, le 5 sept 2014

Directrice générale adjointe
Titre

ANNEXE

LIBELLÉ DE LA CONVENTION COLLECTIVE

Personne qui assume la responsabilité d'un ensemble de soins infirmiers en fonction des besoins bio-psycho-sociaux d'usagers ou de groupes de personnes qui lui sont confiés. Elle évalue l'état de santé, détermine et assure la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers des usagers présentant des problèmes de santé complexes et/ou des dimensions bio-psycho-sociales variées. Elle prodigue les soins et traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie.

Elle conçoit, applique et évalue les programmes de soins requérant des connaissances avancées, visant des problèmes de santé complexes et/ou comportant des dimensions bio-psycho-sociales variées. Cette personne participe au développement ou adapte des outils cliniques et d'évaluation de la qualité des soins, elle coordonne le travail d'équipe et exerce un rôle consultatif auprès de ses collègues et de l'équipe interdisciplinaire.

Elle identifie, pour les usagers, les besoins et interventions nécessitant une coordination de services dans l'établissement et entre différents établissements ou organismes du milieu. Elle assure, le cas échéant, la coordination de ces services.

Elle assure l'orientation du nouveau personnel et participe à la formation des stagiaires. Elle supervise l'enseignement fait aux usagers, à leurs proches et à des groupes de personnes dans les programmes spécifiques et collabore à la recherche.

Doit détenir un baccalauréat en sciences infirmières ou un baccalauréat comportant trois (3) certificats admissibles dont au moins deux (2) certificats reconnus en soins infirmiers et un permis d'exercice de (O.I.I.Q.)

Protocole d'entente de collaboration

Février 2015

PROTOCOLE DE COLLABORATION
ENTRE

Centre d'amitié autochtone de la Tuque
ayant son siège social au 544, rue Saint-Antoine à La Tuque
ici représenté par Christine Jean, directrice générale
Et ci-après nommé CAALT

ET

Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice
ayant son siège social au 885, boulevard Ducharme à La Tuque
ici représenté par Rémy Beaudoin, directeur général
Et ci-après nommé CSSSHSM

Préambule

CONSIDÉRANT que le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) vise à développer un modèle d'adaptation et de complémentarité local des services de santé et des services sociaux avec le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT);

CONSIDÉRANT que dans le cadre de sa responsabilité populationnelle le Centre de Santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice (CSSSHSM) doit voir à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population sur son territoire;

CONSIDÉRANT que les membres des Premières Nations représentent près de 30 % de la population du territoire;

CONSIDÉRANT la préoccupation du CSSSHSM de répondre aux besoins de santé des membres des Premières Nations du territoire dans une approche culturellement pertinente et sécurisante pour cette population;

CONSIDÉRANT que les partenaires du TourneSol, Réseau local de services de santé et bien-être du Haut Saint-Maurice ont exprimé le besoin de favoriser une meilleure cohabitation entre la population des Premières Nations et des allochtones du territoire et, par conséquent d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services qu'ils offrent à la population du milieu;

CONSIDÉRANT que le Centre d'amitié autochtone de La Tuque est reconnu comme un acteur de premier plan auprès de la population des Premières Nations vivant en milieu urbain ou en transit dans le Haut Saint-Maurice;

CONSIDÉRANT le faible taux d'utilisation de certains services offerts au Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice de la clientèle issue des Premières Nations;

CONSIDÉRANT que les parties désirent conjointement améliorer l'accès, la continuité et la qualité optimale des services offerts aux membres des Premières Nations vivant ou en transit en milieu urbain, sur le territoire du Haut Saint-Maurice et ainsi de créer un pont entre deux cultures;

CONSIDÉRANT l'obligation des deux parties d'établir des liens formels inscrits à l'intérieur d'une entente de collaboration.

Dans le respect de leur mission et de leurs rôles respectifs, les parties conviennent de ce qui suit :

Le préambule et les annexes font partie intégrante de la présente entente.

Article 1- But de l'entente

La présente entente poursuit les objectifs suivants :

- Offrir les services dispensés au CSSSHSM dans un environnement culturellement pertinent et sécurisant à la population des Premières Nations afin d'augmenter l'utilisation des services dispensés par le CSSSHSM;
- Préciser les engagements des deux partenaires concernant l'élaboration, l'expérimentation et l'évaluation du modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux via la Clinique Acokan.

Article 2- Objets de l'entente

Les partenaires de l'entente s'entendent à définir les obligations des parties, la contribution de chacun des signataires, les mécanismes de liaison et les mécanismes de traitement des différends en vue d'améliorer l'offre de services à la population des Premières Nations du territoire du Haut Saint-Maurice.

Article 3- Engagements des parties

Dans le cadre de l'application de la présente entente, les responsabilités sont :

Responsabilités conjointes

- Respecter la mission, le mandat et le fonctionnement des partenaires impliqués dans la démarche;
- Participer au comité de pilotage pour la conception, l'élaboration et la mise en œuvre du projet de développement de la Clinique Acokan;
- Déterminer les mécanismes nécessaires pour le déploiement et le fonctionnement de la Clinique Acokan sur le territoire;
- Allouer les ressources humaines et mettre à contribution leur expertise à l'intérieur des structures de gouvernance de la Clinique Acokan tel que défini dans le cadre de référence, soit au sein des comités stratégique et opérationnel;
- Participer à l'évaluation régulière des activités de la clinique et de son fonctionnement;
- S'assurer de l'évaluation et du suivi des résultats obtenus suite à la mise en œuvre du projet.

Responsabilités du Centre de Santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice

- Assigner une ressource en soins infirmiers à la Clinique Acokan dans la mesure où les services dispensés atteignent les résultats escomptés;
- Assumer le salaire du personnel infirmier assigné à la Clinique Acokan dans sa totalité, de même que les montants relatifs au partage des frais de formation et de déplacements tel que défini dans le montage financier initial;

- Rendre accessibles les fournitures médicales et une portion des fournitures de bureau tel que convenu entre les parties lors du démarrage de la clinique;
- Assurer la gestion des dossiers des utilisateurs des services de la Clinique Acokan;
- Procurer à la ressource infirmière de la clinique Acokan les outils, guides ou protocoles du CSSSHSM;
- Procurer au personnel infirmier de la Clinique Acokan, les programmes informatiques nécessaires à l'exécution de la tâche qui lui est confiée de même que tous formulaires, procédures et normes ou autres documents d'encadrement;
- Collaborer au développement de corridors de services culturellement adaptés pour les références aux services du CSSSHSM via l'infirmière de la Clinique Acokan.

Responsabilités du Centre d'amitié autochtone de la Tuque

- Assurer le fonctionnement de la Clinique Acokan en tant que responsable du projet;
- Aménager les lieux physiques permettant l'installation de la Clinique Acokan à l'intérieur de ses locaux;
- Assigner une ressource de coordination à la Clinique Acokan;
- Assumer le salaire du personnel de coordination assigné à la Clinique Acokan dans sa totalité, de même que les montants relatifs au partage des frais de formation et de déplacements tel que défini dans le montage financier initial;
- Mettre à la disposition du personnel infirmier de la Clinique Acokan, une ressource humaine qui fera l'accueil, la réception des appels de la clientèle et le secrétariat au besoin;
- Rendre accessibles les équipements non médicaux, soit espace de travail qui répond aux normes de la pratique en soins infirmiers, un bureau de travail, classeur(s), chaises, lampe et autres (papeterie, etc.);
- Procurer au personnel de la Clinique Acokan, le matériel informatique, de reproduction et de téléphonie nécessaire à l'exécution de leurs fonctions, soit ordinateur, écran, imprimante, programmes de base (Microsoft office, internet), photocopieur, téléphone et en assumer les frais d'utilisation;
- Respecter les règles de gestion des conditions de travail du personnel CSSSHSM, de gestion des dossiers, de gestion des risques et évènements indésirables telles qu'établies par le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice.

Article 4- Mécanismes de communication

Chacune des parties désigne la personne suivante à titre de répondant de la présente entente.

Pour le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice :

- Sylvie Girard, directrice générale adjointe CSSSHSM

Pour le Centre d'Amitié autochtone de La Tuque :

- Christine Jean, directrice générale CAALT

Article 5 – Comité de suivi de l'entente

Mandat

Le Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice et le Centre d'amitié autochtone de La Tuque s'engagent à former un comité conjoint pour assurer le suivi de la présente entente.

Ce comité s'assure notamment de :

- Procéder à une évaluation des résultats atteints afin d'apporter, si nécessaire, les correctifs appropriés à la présente entente, et ce, au moins une fois l'an ou sur demande des parties;

- Examiner toute mésentente ou tout différend entre les parties afin de mettre en œuvre les solutions requises.

Composition

Le comité de suivi de l'entente sera composé des membres du comité stratégique de gouvernance de la Clinique Acokan, soit :

- Directrice générale du Centre d'amitié autochtone de la Tuque;
- Représentant de la direction générale du Centre de santé et de services sociaux du Haut-Saint-Maurice;
- Coordonnatrice du TourneSol, Réseau local de services de santé et bien-être du Haut Saint-Maurice;
- Coordonnatrice de la Clinique Acokan;
- Coordonnatrice de l'infirmière clinicienne du CSSSHSM.

Article 6 – Mésentente ou Différend

Les parties conviennent de soumettre au comité de suivi toute mésentente ou tout différend se rapportant à l'interprétation, au respect ou non de la présente entente qu'elles ne peuvent résoudre entre elles.

Article 7 – Date de prise d'effet

La présente entente, dûment signée par les parties, prend effet le jour de sa signature, une copie de la présente entente est acheminée à l'Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Article 8 – Durée et reconduction

La présente entente est d'une durée de douze (12) mois, à compter de sa prise d'effet. Une évaluation des résultats est prévue en mars 2016 avant la reconduction.

Article 9 – Modification

La présente entente ne peut être modifiée que par le consentement écrit des parties.

Article 10 – Résiliation

En cas de non respect des engagements prévus à la présente entente, l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la présente entente sur préavis écrit de trente (30) jours à l'autre partie.

Article 11 – Cession

Les droits et obligations prévus à la présente entente ne peuvent être cédés, vendus ou transférés, en tout ou en partie.

Article 12 – Disposition finale

La présente entente est signée en deux (2) exemplaires. Lorsque paraphé et signé par les parties, chaque exemplaire est réputé être un original. L'ensemble de ces exemplaires ne reflète qu'une seule et même entente.

Article 13 – Signatures

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ EN DEUX (2) EXEMPLAIRES.

LE CSSSHSM (CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU HAUT-SAINT-MAURICE)

Par le directeur général :

Rémy Beaudoin

Monsieur Rémy Beaudoin

Date : 4 février 2015 À : La Tuque

LE CAALT (CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE LA TUQUE)

Par la directrice générale :

Madame Christine Jean

Date : 9 février 2015 À : La Tuque

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec
Québec

Clinique Acokan

Centre d'amitié autochtone
La Tuque

FONCTIONNEMENT CLINICO-ADMINISTRATIF DE LA CLINIQUE ACOKAN

Découlant du Protocole d'entente de collaboration

24 octobre 2016

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos 3
1. Introduction 3
2. Vision du Centre d'amitié autochtone de La Tuque 4
3. Vision du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec 4
4. Vision de la clinique Acokan 5
5. Portrait de la population autochtone de La Tuque 5
6. La santé des Premières Nations et des Inuits 6
7. Approche culturellement sécurisante de la Clinique Acokan 8
8. Mécanismes de fonctionnement 9
9. Gamme de services offerts à la Clinique Acokan 10
10. Modalités 11
11. Indicateurs de suivis 12
12. La gouvernance de la Clinique Acokan 13
A. Comité stratégique 13
I. Composition 14
II. Mandat 14
III. Rencontres 14
IV. Reddition de comptes 14
B. Comité opérationnel 14
I. Composition 14
II. Mandat 14
III. Rencontres 15
IV. Reddition de comptes 15
13. Gestion des conditions de travail du personnel du CIUSSS MCQ à la clinique Acokan 15
14. Mécanismes de suivi et d'évaluation des activités de la clinique 16
15. Ressources 17
A. Ressources humaines 17
B. Ressources matérielles 17
C. Ressources informatiques 17
D. Gestion des dossiers 18
16. Gestion des plaintes 19
17. Gestion des risques et des événements indésirables 20
18. Signatures 21
ANNEXES 22
LISTE DES ACRONYMES 31

AVANT-PROPOS

Lors du Forum socio-économique des Premières Nations du Québec à Mashteuiatsh en 2006, le gouvernement du Québec et les autorités autochtones se sont engagés à œuvrer pour l'amélioration des conditions de vie des premiers peuples du Québec. L'un des engagements conclus lors de ce Forum implique le ministre de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSS) et le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) et se libelle comme suit :

> *Le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, en partenariat avec le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, s'engage à favoriser les partenariats dans le transfert de connaissances et d'expertise entre ces derniers et les Centres de santé et de services sociaux ainsi que dans l'identification de zones de complémentarité de services en milieu urbain pour les Autochtones.*[1]

C'est dans ce contexte que s'est établi un partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CSSSVO), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue (CJAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD). De cette alliance naît, en janvier 2011, la Clinique Minowé une ressource en santé et services sociaux entièrement intégrée au réseau local de la MRC de la Vallée-de-l'Or. Ce projet d'innovation sociale a été développé dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada.

1. Introduction

En 2011, l'annonce du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada a permis au Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec d'obtenir le financement pour le déploiement et l'implantation du modèle Minowé dans les villes du Québec desservies par un centre d'amitié autochtone. En 2014, le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT) répondant aux critères de priorité développés par le RCAAQ a été choisi comme site d'accueil du modèle, sous le nom de Clinique Acokan. Ce projet est une initiative conjointe entre le CAALT et le Centre de services du Haut-Saint-Maurice (CSHSM).

La clinique Acokan a débuté ses activités en mars 2015. À la suite d'une période d'essai, une évaluation des premiers résultats a permis de constater les améliorations à mettre en place afin d'assurer une réponse adéquate aux besoins des autochtones vivant en milieu urbain en optimisant les ressources allouées. Bien qu'à l'heure actuelle, le taux de fréquentation n'ait pas augmenté significativement, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

[1] Rapport final du Forum socioéconomique des Premières Nations. Agir maintenant... pour l'avenir, 2007

(CIUSSS MCQ) reste convaincu de la nécessité et de l'importance des soins et services dispensés à la clinique pour la clientèle autochtone. Ainsi, il a été convenu de maintenir ces services sur une base permanente. Le présent document précise les règles et modalités encadrant la continuité et la gestion de la clinique Acokan du réseau local du Haut Saint-Maurice.

2. Vision du Centre d'amitié autochtone de La Tuque

Fondé en 1974, le CAALT est un carrefour de services urbains, un milieu de vie et un ancrage culturel pour les Autochtones. Il contribue activement au développement social, communautaire, économique et culturel de la collectivité par des stratégies innovatrices et proactives. Il est devenu au fil des ans un incubateur d'initiatives et de partenariats comme ceux du Point de services pour les Autochtones à Trois-Rivières et la Clinique Acokan à La Tuque.

La vision du CAALT est d'assurer l'accès à des services de santé et services sociaux culturellement pertinents et sécurisants pour le maintien et l'amélioration du mieux-être de leurs membres.

3. Vision du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Le CIUSSS MCQ, créé au 1er avril 2015, est issu des 12 établissements publics de santé et de services sociaux de cette région socio sanitaire. Il a la responsabilité d'offrir des soins et services intégrés de haute qualité à la population de son vaste territoire et veille à l'organisation des services et à leur complémentarité dans le cadre de ses différentes missions (CH, CLSC, CHSLD, Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse, Centre de réadaptation, santé publique), et ce, en fonction des besoins de sa population et de ses réalités territoriales. Le Centre de services du Haut-Saint-Maurice, du réseau local de services du Haut Saint-Maurice est situé à plus de 100 km de distance de la plus proche installation du CIUSSS MCQ le CSHSM et s'assure de la mise en œuvre d'un réseau local de services et de l'implantation des corridors de services visant à assumer ses diverses responsabilités à l'intérieur d'un continuum de services offerts par le CIUSSS MCQ,

La raison d'être du CIUSSS MCQ est l'amélioration de la santé et du bien-être de la collectivité. En ce sens, le CSHSM est un partenaire essentiel dans le développement, le maintien et le recouvrement de la santé de la population du Haut-Saint-Maurice. À cet égard, il développe et consolide les services de première ligne à la population avec comme objectif d'améliorer leurs conditions de vie. La contribution de chacun des intervenants permet la création d'un milieu de travail favorisant l'interdisciplinarité, le développement des compétences, l'autonomie, l'innovation, la communication et le dynamisme.

4. Vision de la clinique Acokan

La Clinique Acokan est une clinique de proximité ayant comme principal objectif la santé des autochtones. L'approche de la clinique reconnaît le citoyen autochtone comme étant l'acteur principal de sa santé globale. Elle est le fruit d'un partenariat novateur d'innovation sociale et est une ressource intégrée au réseau local de services facilitant l'accès à des services de proximité culturellement pertinents et sécurisants pour les premiers peuples résidant en milieu urbain du Haut Saint-Maurice, qu'ils y habitent en permanence ou qu'ils soient de passage.

- Le nom *acokan* se prononce « *a-jou-gane* » et signifie *pont* en langue atikamekw;
- Un pont entre le réseau local de services et les Autochtones du Haut Saint-Maurice;
- Un pont reliant deux réalités qui se côtoient et qu'on souhaite réunir plus efficacement;
- Un pont symbolisant les multiples échanges bidirectionnels et leur importance.

Ces éléments sont les catalyseurs de la volonté mutuelle des initiateurs.

5. Portrait de la population autochtone de La Tuque

La zone d'influence territoriale d'un centre d'amitié autochtone est l'aire de distribution et de circulation de la population autochtone à l'intérieur d'un territoire donné. Ce territoire est déterminé selon plusieurs paramètres : municipalité, agglomération, municipalité régionale de comté (MRC) et regroupement de MRC et il intègre, selon le cas, les villes, les villages, les communautés ou autres lieux de rencontre saisonniers ou permanents. Ce territoire est traversé de nombreuses infrastructures. Cette zone d'influence territoriale est le théâtre d'un ensemble de relations de diverses natures (sociales, commerciales, économiques, etc.). À l'intérieur de cette zone, le Centre d'amitié autochtone de La Tuque agit comme un pôle de convergence qui engendre une nouvelle mobilité ou circulation des individus. La zone d'influence se mesure à la fois sous l'angle démographique et sous l'angle des services offerts à la population concernée.

Une des particularités de l'occupation du territoire du HSM est qu'on y retrouve deux communautés autochtones, soit celle de Wemotaci et celle d'Opitciwan qui regroupent tout près de 3 500 habitants au total. Le milieu urbain de La Tuque compte également près de 1 000 résidents des Premières nations qui y vivent en famille. La ville de La Tuque offre un mélange culturel où deux nations vivent en harmonie.

Selon Statistique Canada, plus d'une personne sur quatre (28 %) à La Tuque est d'origine Autochtone, nous constatons ainsi :

- Une forte présence de chefs de famille monoparentale : le septième des Autochtones indépendants de la zone d'influence de La Tuque sont dans cette situation en 2006, soit plus du double de ce que l'on constate dans la population du Québec (14,9 % contre 6,8 %);
- Un taux de chômage en forte baisse chez les hommes : leur taux de chômage a chuté de 14,3 points de pourcentage entre 1996 et 2006 dans la zone d'influence de La Tuque, bien qu'il demeure toujours très élevé (19,4 %);
- Une grande persistance de l'usage à la maison des langues maternelles autochtones : la grande majorité des résidents de la zone ont une langue maternelle autochtone (81,9 %). La part de ceux qui privilégient l'emploi d'au moins une langue autochtone dans leur résidence est presque égale en 2006 (95,4 %).[2]

Une évaluation des besoins psychosociaux réalisée en 2009 par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec auprès des membres du Centre d'amitié autochtone de La Tuque révèle que les principales raisons de quitter la communauté sont : vivre dans un environnement plus sain, fuir la violence, fuir l'isolement associé à la communauté et profiter des avantages de la ville. En contrepartie, les principales difficultés rencontrées sont : accéder à des services répondant à leurs besoins et leurs réalités, trouver un logement convenable, se nourrir adéquatement ou nourrir adéquatement leur famille.

6. La santé des Premières Nations et des Inuits

Les données spécifiques au territoire MCQ ne permettent pas d'identifier des écarts importants chez les peuples des premières nations vivant en milieu urbain. On observe des différences significatives certes, mais les données doivent être interprétées avec prudence. Néanmoins, on observe un taux de mortalité plus élevé particulièrement chez les enfants de moins d'un (1) an, un taux de suicide plus élevé et un signal d'alerte au regard de la prévalence des maladies chroniques.

Bien que les données présentées soient générales et découlent de travaux pour l'ensemble du pays, les constats ressemblent à la réalité du HSM. Voici quelques statistiques :

Diabète : Le diabète de type II atteint un taux trois à quatre fois plus élevé chez les peuples des premières nations que chez la population en général. Chez les 40 ans et plus, le taux de personnes atteintes est de 20 à 48 % contre un taux de 4 à 8 % pour la population générale. De plus, le diabète apparaît dix ans plus tôt chez la population autochtone au Canada. Ce phénomène est expliqué par une

[2] *Source : www.odena.com*

prédisposition génétique, l'obésité dont souffrent 70 à 80 % des personnes diabétiques et les effets de la sédentarisation.

1.

Maladies cardiaques : Il y a 30 ans, la prévalence de ces maladies était moindre chez ces personnes que chez la population canadienne en général. Toutefois, une augmentation progressive a été observée au cours des années, soit un taux d'occurrence de 1,3 à 1,5 fois plus fréquent qu'auparavant. Les études démontrent une association avec le diabète, la sédentarité, le tabagisme, l'alimentation et l'obésité.

Tabac : Le tabac a une valeur culturelle aux yeux des Autochtones en raison de son utilisation en médecine traditionnelle et cérémoniale. Malgré cette valeur culturelle, le tabagisme touche de 50 à 60 % des Autochtones comparativement à 20 à 25 % des Canadiens. Le phénomène du tabagisme survient plus jeune dans la vie des Autochtones soit 33,2 % entre 12 et 14 ans. De plus, 41 à 50 % des femmes enceintes fument.

Obésité : L'obésité est un problème croissant avec un taux de prévalence de 40 à 70 %. Elle touche de 50 à 60 % des adolescents et des enfants et est plus fréquente chez les femmes. Les principales raisons observées sont une diète riche en glucides et en lipides, un accès difficile à de la nourriture santé, la sédentarité, la prédisposition génétique, un mode de vie traditionnel en opposition avec le moderne et la banalisation de la problématique.

Problèmes respiratoires : La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est plus fréquente. En effet, 75 % des nouveaux cas de tuberculose (TB) se retrouvent chez les Autochtones ce qui représente un taux 8 à 10 fois plus élevé que chez la population canadienne en général. Par ailleurs, on constate une augmentation de l'incidence du cancer pulmonaire chez la population autochtone.

Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : Plus de 15 % des nouveaux cas de VIH au Canada sont des Autochtones malgré qu'ils représentent seulement 3 % de la population, la majorité des cas vivent dans les centres urbains.

Cancer du col : Il est trois fois plus fréquent chez les femmes autochtones et entraîne six fois plus de mortalité selon une étude réalisée en Colombie-Britannique.

Maladies transmises sexuellement : La chlamydia et la gonorrhée sont 15 à 20 fois plus fréquentes chez la population autochtone que chez la population canadienne en général.

Détresse psychologique : Le taux de détresse psychologique est nettement plus élevé chez les Autochtones. On observe un taux de suicide de 4 à 6 fois plus important. En fait, 20 % des adolescents et 40 % des adultes ont déjà pensé au suicide comparé à 7,4 % des adolescents et 3,9 % des adultes chez la

population en général. De plus, 12,4 % d'adolescents et 18,4 % des adultes autochtones ont déjà fait une tentative de suicide.

Violence : Ce sont 80 % des femmes autochtones (ontariennes) qui disent avoir été victimes d'agression (Ontario Native Women Association).

Protection de la jeunesse : On estime que 22 000 enfants autochtones bénéficient des services de la Protection de la jeunesse : 10 % des enfants autochtones sont retirés de leur foyer comparativement à 0,1 % chez les Canadiens. Cindy Blackstock, directrice générale de la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, croit que les enfants autochtones sont portés à l'attention du système de protection de l'enfance pour différentes raisons, notamment en raison de facteurs sociaux, tels que la pauvreté, les logements insalubres et la consommation excessive de substances.

7. Approche culturellement sécurisante de la Clinique Acokan

Cette approche mise de l'avant à la Clinique Acokan relève du concept de sécurisation culturelle aussi appelée *sécurité culturelle*. Pour bien comprendre, il importe de définir certains des concepts qui y sont sous-jacents. Il s'agit des concepts de la *sensibilité culturelle* et de la *compétence culturelle*.

La sensibilité culturelle : La sensibilité culturelle réfère à la nécessité pour les prestataires de soins de santé de reconnaître et de respecter les différences culturelles. La sensibilité culturelle consiste de plus à manifester des « comportements qui sont considérés comme étant polis et respectueux » par la personne de l'autre culture. La sensibilité culturelle s'exprime lorsque les professionnels de la santé reconnaissent qu'ils ne partagent pas la même vision du monde que l'autre, ni son histoire, sa culture, ses réalités ou les défis auxquels il est exposé et qu'ils respectent cela.

La compétence culturelle : La compétence culturelle est définie comme un ensemble de comportements, d'attitudes et de politiques congruentes qui permettent une prestation efficace de soins de qualité dans divers contextes interculturels où les croyances, les comportements et les besoins différents. L'atteinte de la compétence culturelle implique également l'actualisation de tels comportements, attitudes et politiques congruentes. Il ne suffit pas de simplement reconnaître les différences, mais d'agir, d'interagir et d'offrir des services de santé d'une manière différente, d'une manière jugée compétente par la personne de l'autre culture. Un praticien culturellement compétent est capable de créer un milieu, un environnement de soins de santé exempt de racisme et de stéréotypes. [3]

---

[3] *Sources : Enquête régionale sur la santé des Premières Nations 2008/Regard sur les Premières Nations et les Inuits au Québec*

Ce milieu de soins est rendu possible par la connaissance que possède le praticien des répercussions de l'histoire sur la personne et conséquemment des adaptations nécessaires à une prestation de soins qui réponde plus efficacement à ses besoins distincts.

La sécurité culturelle ou la sécurisation culturelle : Le concept de la *sécurisation culturelle* est apparu en Nouvelle-Zélande dans les années 1980. Depuis, les peuples indigènes du monde entier revendiquent la sécurisation culturelle, notamment dans le cadre des soins de santé et des services à l'enfance qui leur sont offerts. La sécurisation culturelle (ou la sécurité culturelle) est possible lorsque les professionnels de la santé et les milieux de soins font preuve de sensibilité et de compétence culturelles. La sécurisation culturelle est d'abord et avant tout un résultat, un sentiment ressenti par une personne qui a reçu des soins culturellement sécurisants. La personne se sent en sécurité lorsqu'elle reçoit des soins dans un milieu exempt de racisme par un professionnel qui a une connaissance suffisante de sa culture et de son histoire lui permettant de communiquer et d'interagir avec elle avec empathie, respect et dignité. La personne se sent en sécurité lorsqu'une relation de confiance est établie et maintenue entre le professionnel de la santé et elle. Cette relation de confiance est facilitée par la connaissance du praticien des effets des conditions socioéconomiques, de l'histoire et des politiques sur la santé de la personne. La personne se sent en sécurité, car elle perçoit le respect qu'on attribue à ses croyances, ses valeurs et ses comportements. Elle se sent en sécurité lorsqu'on l'informe, lui explique, lui demande son consentement, ce qui lui permet de prendre part activement aux décisions relatives à sa santé.

8. Mécanismes de fonctionnement

La section suivante décrit l'offre de services de la Clinique Acokan en complémentarité avec celle du CSHSM. Il est à préciser que cette clinique n'est pas un doublon des services offerts au CSHSM, elle n'est pas non plus un développement de services d'urgence ouvert jour et nuit. Cette clinique est un complément à l'offre de services du CSHSM à la population du territoire. Elle vise à faciliter l'accès aux services existants en modifiant l'approche des intervenants. Le changement majeur se situe dans le savoir-être des gens œuvrant à la clinique certes, mais également celui des intervenants du CSHSM. On prétend ainsi améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services et par conséquent la santé de la population autochtone.

Cette clinique de proximité offre des soins et services ambulatoires de santé primaire. Ce type de soins est défini de plusieurs façons dans la littérature. Deux définitions représentent bien la vision de la clinique :

> *« (…) services de soins de santé accessibles et intégrés, dispensés par des cliniciens (…) chargés de répondre aux divers besoins en soins de santé des*

gens, de renforcer une collaboration (…) avec les patients et les praticiens dans la famille et la collectivité.» (Institute of Medicine).
« (…) En tant que partie intégrante du cadre général des soins de santé primaire, les soins primaires constituent un service au point d'entrée du système de santé, où l'on s'occupe du diagnostic, des soins continus et de la gestion de l'état de santé ainsi que la promotion de la santé, de la gestion des maladies et des blessures, et de l'acheminement vers des spécialistes de soins de santé » (Programme Qmentum Agrément Canada).

De plus, les soins de santé primaires tiennent une double fonction au sein du système de soins de santé soit : **la prestation directe de services de premier contact** et **une fonction de coordination** pour assurer la continuité et la facilité de mouvement dans tout le système afin que les soins restent unifiés. En ce sens, les ressources professionnelles assignées à la clinique Acokan sont parties prenantes du continuum de services offerts à la population. Elles développent et appliquent les principes des soins de santé primaire en agissant comme porte d'entrée en accompagnant l'usager pour lui permettre de recevoir les soins et services requis.

La sensibilité aux besoins particuliers au peuple des premières nations est un élément clé à la clinique. La configuration est adaptée aux besoins spécifiques du territoire du HSM. Il est important de retenir que l'intervenant dispense une gamme de services directement à la clinique certes, et coordonne des mécanismes pour faciliter l'accessibilité à d'autres services que la continuité des services à la suite d'une visite au Centre de services du Haut-Saint-Maurice.

Le contenu des services et des programmes offerts est le même que ceux en vigueur et le personnel du CIUSSS MCQ assigné à la Clinique Acokan est sous la responsabilité professionnelle. En ce sens, ils doivent respecter les normes, les critères et les protocoles établis de l'organisation dans l'exercice de ses fonctions tout comme les obligations et limites associées aux champs de pratiques. De ce fait, toute modification d'acte ou demande d'autorisation spéciale doit être approuvée par la direction et le gestionnaire responsable.

9. Gamme de services offerts à la Clinique Acokan

Bien que la phase du projet initial ait permis de préciser les services pouvant être dispensés à la clinique, l'offre ne veut pas se limiter à ceux-ci considérant le caractère évolutif des besoins. Les soins ambulatoires de santé primaire concernent :

- la promotion de la santé, la prévention et le traitement des problèmes de santé;
- l'aiguillage et la coordination avec le CSHSM pour l'accès et la continuité des services et soins;
- les activités de dépistages;
- le développement sain des individus;
- les suivis, l'autogestion de la maladie.

Le professionnel évalue, intervient, accompagne, coordonne, enseigne, il reçoit la clientèle et s'assure de répondre aux besoins, soit en dispensant le service directement soit en référant au CSHSM ou à d'autres ressources du milieu. Il porte une attention au développement d'une approche culturellement adaptée, et ce, pour tous les lieux où sont donnés les services.

Dans le même ordre d'idées, le personnel assigné à la clinique développe des activités ou des services à la Clinique Acokan qui seront dispensés avec la participation des intervenants du CSHSM en accord et en collaboration avec ses gestionnaires. Ces activités doivent aussi être approuvées par les autres gestionnaires concernés et déterminées, puis planifiées en concertation avec le secteur spécifique.

Le professionnel de la clinique reçoit les demandes du personnel du CSHSM afin de compléter ou de poursuivre l'offre de services d'un client autochtone vivant en milieu urbain. Tous les secteurs du CSHSM peuvent adresser une demande au professionnel de la Clinique Acokan dans le respect des critères suivants :

- S'adresse à un client autochtone en milieu urbain;
- Complémentaire à ce qui existe déjà;
- Permet d'améliorer la consommation des services du HSM par les autochtones;
- Permet la mise en place d'une approche culturellement adaptée.

Il faut préciser que dans le cas de suivi complémentaire de client, les intervenants impliqués doivent obligatoirement élaborer le plan d'intervention conjointement afin de convenir de l'imputabilité des différents acteurs.

10. Modalités

L'annexe 1 mentionne les services offerts à la clinique Acokan ayant servis dans le cadre de la phase du projet initial. Tel que mentionné précédemment, bien qu'il facilite la compréhension de la collaboration du personnel de la clinique et des intervenants du CSHSM l'offre de services ne se limite pas à ce secteur.

En ce sens, il est convenu de préciser les modalités au lieu de limiter l'offre de services.

Modalités de référence de la clinique Acokan vers le CSHSM :

- Le professionnel assigné à la clinique reçoit la personne;
- Il évalue son besoin et l'urgence de la situation;
- Il contacte la personne identifiée du secteur pouvant répondre au besoin de l'usager;
- **ENSEMBLE,** ils déterminent la trajectoire, et la prise en charge;
- Le professionnel à la clinique explique les directives à l'usager et offre le support requis pour permettre à l'usager de se rendre au CSHSM.

Modalités de référence du CSHSM vers la clinique du secteur concerné (par exemple : l'urgence) :

- Le professionnel du CSHSM évalue le besoin et identifie les personnes répondant aux critères pour recevoir les services à la clinique;
- Le professionnel du secteur communique avec le professionnel à la clinique;
- **ENSEMBLE,** ils déterminent le plan d'intervention et le suivi conjoint;
- Le professionnel du secteur CSHSM informe l'usager de la suite.

Modalités de déplacement des intervenants du CSHSM vers la Clinique :

- Le professionnel à la clinique reçoit ou identifie un besoin;
- Il avise son gestionnaire au CSHSM;
- Le gestionnaire avise le gestionnaire du secteur concerné;
- Par la suite, le professionnel à la clinique communique avec l'intervenant identifié;
- **ENSEMBLE**, ils planifient et organisent l'activité. L'activité peut être offerte par le personnel du CSHSM, par celui de la clinique ou conjointement en fonction de la demande. L'approche est adaptée, mais le contenu est le même que celui retrouvé au CIUSSS MCQ.

Modalités d'utilisation de l'interprète pour la clinique :

- Le professionnel à la clinique identifie le besoin;
- Il communique avec l'interprète;
- Celui-ci se rend au CAALT et accompagne l'usager en fonction de son besoin.

Modalités d'utilisation de l'interprète pour la clinique :

- Le professionnel à la clinique peut être interpellé par les partenaires du milieu.
    - Il reçoit la demande;
    - Il analyse le besoin et identifie les instances touchées;
    - Il effectue les liens requis afin de répondre au besoin.
- Il est possible également au professionnel de diriger un usager vers un service dispensé par un partenaire du milieu.
    - Il reçoit l'usager;
    - Il évalue son besoin;
    - Il contacte le partenaire pouvant répondre au besoin de l'usager;
    - Avec le partenaire, il détermine la trajectoire;
    - Le professionnel explique les directives à l'usager et offre le support requis pour recevoir son service.

11. Indicateurs de suivis

L'indicateur est une mesure unique qui fait l'objet d'un rapport sur une base régulière. Il contient des renseignements pertinents et exploitables sur la performance d'un système

de même que sur les caractéristiques connexes. L'indicateur permet de comparer l'information et de suivre l'évolution et la performance dans un temps donné.

La performance peut être mesurée de différentes manières, souvent complémentaires. Elles doivent cependant converger vers les mêmes valeurs fixées par le Comité stratégique. L'utilisation d'indicateurs de performance peut permettre le raliement des partenaires vers un but commun. L'identification des indicateurs clés nous permettra d'atteindre des objectifs fixés annuellement.

Chaque indicateur se doit d'être SMART.

Spécifique :	La spécification de l'action doit être clairement établie. On utilise souvent le terme simple.
Mesurable :	Il doit être mesurable, les indicateurs chiffrés devant être incontestables et reconnus comme tels par les parties prenantes.
Acceptable :	Il doit pouvoir être atteint. Il doit être réalisable et ne reposer que sur la motivation du collaborateur ou être ajusté si le contexte change.
Réaliste :	Il doit être directement lié à l'activité.
Temporellement défini :	Il doit être inscrit dans le temps, avec une date de fin et éventuellement des points intermédiaires.

Les indicateurs de suivi sont établis et révisés annuellement par le Comité stratégique. Ils sont en lien avec la planification stratégique afin de bien refléter les objectifs poursuivis. Transposée dans un tableau de bord, une analyse sera effectuée mensuellement avec le comité opérationnel.

12. La gouvernance de la Clinique Acokan

La structure de gouvernance vise à mettre à contribution l'expertise de chaque partenaire. Elle s'articule autour de deux comités :

- Le Comité stratégique;
- Le Comité opérationnel.

La définition de chaque comité, sa composition, son mandat et les modalités de rencontre sont détaillés dans les lignes suivantes.

A. Comité stratégique

Le Comité stratégique est formé afin de prendre les décisions, donner les orientations stratégiques et soutenir le Comité opérationnel dans ses responsabilités.

I. Composition

Directrice du CAALT, coordonnatrice au CAALT, directrice adjointe – Services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques, coordonnatrice du Réseau local de services (RLS), chef de service des centres ambulatoires Batiscan, Énergie, Maskinongé et Haut-St-Maurice.

II. Mandat

- Déterminer les orientations stratégiques de la Clinique Acokan ainsi que des projets qui y sont liés;
- Approuver la programmation des activités et la planification des évaluations;
- Prendre les décisions au regard des recommandations apportées par le comité opérationnel;
- Assurer le suivi du déploiement de la clinique et des résultats atteints;
- Assurer le suivi du budget;
- Assurer la mise en place de mécanisme d'amélioration continue de la performance de la clinique;
- Déposer le rapport d'activités annuel à la direction du CIUSSS MCQ et du CAALT au 31 mars de chaque année;
- Assurer la représentation de la Clinique Acokan auprès des instances reconnues.

III. Rencontres

Le comité stratégique se rencontre trimestriellement et plus selon les besoins. La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de préparer l'ordre du jour et de produire les comptes rendus de chacune des rencontres.

IV. Reddition de comptes

Le comité stratégique est responsable de la validation des rapports fournis par le comité opérationnel.

B. Comité opérationnel

Un comité de coordination est créé pour assurer le fonctionnement des opérations courantes de la Clinique Acokan.

I. Composition

Coordonnatrice de la Clinique Acokan, professionnel de la clinique, patient partenaire, chef de service des centres ambulatoires Batiscan, Énergie, Maskinongé et Haut-St-Maurice.

II. Mandat

- Assure la mise en œuvre, soit la conception, la planification, l'actualisation et le suivi des décisions du comité stratégique;
- Assure le respect des orientations et de la vision du cadre de référence;
- Détermine les ressources requises et propose les moyens pour les obtenir;
- Produis les rapports d'activités requis;
- Assure la conception et le suivi du tableau de bord de la Clinique Acokan;
- Analyse le fonctionnement et propose des améliorations afin de mieux répondre aux besoins de la clientèle;
- Identifie les besoins de formation des ressources humaines et fait les recommandations au comité stratégique;
- Facilite l'accès aux services de santé et sociaux en milieu urbain aux Autochtones en assurant :
  - la communication et l'arrimage des services à l'interne et entre les partenaires du milieu;
  - l'harmonisation des outils d'intervention avec le CIUSSS MCQ;
  - la gestion des protocoles d'entente.

III. Rencontres

Le comité opérationnel se réunit mensuellement et plus selon les besoins. La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de consulter les autres membres pour préparer l'ordre du jour ainsi que pour produire des comptes rendus de chacune des rencontres.

IV. Reddition de comptes

La coordonnatrice de la Clinique Acokan est responsable de la reddition de comptes à remettre au comité opérationnel pour approbation.

13. Gestion des conditions de travail du personnel du CIUSSS MCQ à la clinique Acokan

Pour faciliter l'encadrement administratif du professionnel dans le respect des normes et des contrats de travail de chaque organisation à laquelle les employés sont rattachés, un tableau a été développé pour clarifier les rôles et les processus.

ACTIVITÉS	DESCRIPTION	CAALT	CIUSSS MCQ	PROCESSUS
Feuille de temps	Remplir une feuille aux deux semaines sur le logiciel « Magistra »	Valide les heures	Approuve	Le personnel complète sa feuille et imprime une copie pour le coordonnateur, en cas d'irrégularité, il prend contact avec son gestionnaire au CSHSM
Congés de maladie ou pour	Courte durée	Informe	Approuve	Le personnel informe le coordonnateur au CAALT qui prend contact avec le

ACTIVITÉS	DESCRIPTION	CAALT	CIUSSS MCQ	PROCESSUS
des raisons personnelles	Longue durée	Informe	Approuve et envisage une solution	gestionnaire au CSHSM. Longue durée, le personnel prend contact avec le gestionnaire CSHSM.
Congés fériés	Applique les congés en vigueur au CIUSSS MCQ			Dans le cas où les congés du CIUSSS MCQ diffèrent de ceux du CAALT, l'employé peut être déplacé dans un autre secteur du CIUSSS MCQ via l'article temporaire du service.
Cumul d'heures	Les règles en vigueur au CIUSSS MCQ s'appliquent	Valide	Autorise	Le coordonnateur avise le gestionnaire du CSHSM préalablement. À moins de situation exceptionnelle, l'horaire est prévu d'avance lorsque sa participation aux activités est requise de sorte à éviter les heures supplémentaires.
Vacances	L'employé ne peut prendre plus de 2 semaines consécutives de vacances. De plus considérant la fermeture du CAALT durant les fêtes, l'employé peut prendre des vacances durant cette période de fermeture.	Collabore au processus	Approuve.	L'employé transmet une préférence de vacances au 15 septembre pour l'hiver et au 15 mars pour l'été au gestionnaire du CSHSM. Le coordonnateur valide pour s'assurer que sa présence n'est pas requise aux dates proposées.
Déplacement **Frais de participation et de déplacement à l'extérieur de la ville**	Soins à domicile Participation à un événement	Approuve les demandes de remboursement de frais Valide selon le budget.	Rembourse les frais selon les procédures du CIUSSS MCQ. Autorise et rembourse les frais selon les modalités et en fonction du montant prévu au budget.	Une demande de déplacement ou de participation à une formation avec un coût doit être préalablement adressée au gestionnaire du CSHSM par le personnel concerné.

Les documents d'encadrement relatifs aux conditions de travail, ou documents d'encadrement clinique du CIUSSS MCQ s'appliquent pour la gestion du professionnel de la Clinique Acokan et prévalent sur tous les autres documents à cet effet, lorsqu'il y a un questionnement, prendre contact avec la chef de service des centres ambulatoires.

14. Mécanismes de suivi et d'évaluation des activités de la clinique

Le comité opérationnel de la Clinique Acokan assure le suivi et l'évaluation des activités en utilisant le tableau des indicateurs. Les résultats partagés au comité stratégique permettent d'apporter les ajustements requis afin d'atteindre les résultats voulus.

Le comité opérationnel veille à l'application du processus de collecte de données à partir d'outils adaptés pour la mesure des résultats.

15. Ressources

Cette section précise les rôles et les responsabilités du CAALT et du CIUSSS MCQ au regard des ressources humaines, matérielles et informatiques.

A. Ressources humaines

Considérant le partenariat entre le CAALT et le CIUSSS MCQ la contribution de chacun au regard des ressources humaines est déterminée par l'entente de collaboration, soit :

- **CIUSSS MCQ :** Assume le salaire du professionnel dans sa totalité à raison de 32 heures par semaine. Il assume également une partie des frais associés à la formation et aux déplacements.
- **CAALT :** Assume le salaire de la coordonnatrice en plus d'une portion si nécessaire pour des frais associés à la formation et aux déplacements de l'ensemble des ressources de la clinique.

Advenant l'ajout ou la modification de besoin de ressources humaines, le comité stratégique détermine au préalable les propositions de financement. L'acceptation de la proposition devient finale et effective après l'approbation au CA du CAALT, et l'approbation au comité de direction du CIUSSS MCQ.

B. Ressources matérielles

Les ressources matérielles ont été divisées en trois classes, soit médicales, non médicales et produits d'entretien.

- **CIUSSS MCQ :** Assume les coûts des fournitures médicales et une portion des fournitures de bureau et autres.
- **CAALT :** Assume les coûts de l'équipement non médical, les produits d'entretien et une portion des fournitures de bureau, etc. Cependant, considérant que le CIUSSS MCQ possède l'information concernant les produits à utiliser au regard de l'hygiène et salubrité et la prévention des infections, le CIUSSS MCQ précise les produits à utiliser.

Advenant un besoin non prévu de ressource matérielle quelconque, le comité stratégique détermine au préalable le financement.

C. Ressources informatiques

Les frais informatiques ont été divisés selon la capacité de chaque organisation, mais aussi en tenant compte du matériel de base nécessaire pour les opérations courantes.

- **CIUSSS MCQ:** Assume les coûts des licences tels que : MédiResult, Méthodes de soins, I-CLSC, Magistra et Lotus notes. Il assure également le support par l'équipe informatique du CSHSM au besoin.
- **CAALT :** Assume les coûts du matériel proprement dit comme : ordinateur, écran, imprimante, suite Microsoft Office, Internet.

Advenant un besoin non prévu de ressource informatique, le comité stratégique détermine au préalable le financement.

D. Gestion des dossiers

Les principes en lien avec les divers documents encadrant la gestion des dossiers établis au CIUSSS MCQ s'appliquent à la Clinique Acokan. En ce sens, le dossier clinique doit contenir les formulaires autorisés et convenus au CIUSSS MCQ ainsi que tous les documents exigés par des normes de pratiques ou d'autres instances légales, entre autres le Plan thérapeutique infirmier si requis. Cependant, quelques modifications ont été apportées pour répondre aux particularités de la clinique en fonction du contexte et du lieu d'intervention.

Règles générales : les interventions sont imputées au 6307. Elle utilise les formulaires approuvés et en vigueur au CIUSSS MCQ, sur lesquels on appose une « estampe » identifiant la Clinique. Si le personnel de la clinique requiert l'élaboration d'un nouveau formulaire destiné au dossier de l'usager, il doit se référer à la procédure du CIUSSS MCQ prévue à cet effet.

Les feuilles et les formulaires complétés sont classés aux archives, dans le dossier CSLC, sous l'onglet médecine de jour.

Conservation des dossiers : les dossiers actifs des usagers fréquentant la clinique sont sous la responsabilité du professionnel. Ils sont conservés dans un classeur verrouillé auquel seules les personnes autorisées ont accès.

Accès au dossier : l'accès au dossier est limité au professionnel et à l'agente administrative assignée. Toute personne ayant accès aux données confidentielles de la clientèle doit prendre connaissance de ses responsabilités inscrites à la politique du CIUSSS MCQ et signer un engagement à la confidentialité.

Demande de dossier antérieur : aucun dossier antérieur n'est accessible pour la Clinique Acokan. Toute demande d'information contenue au dossier doit être adressée au secteur des archives. Le personnel des archives voit au respect des règles établies pour l'accès à l'information. Il fait parvenir l'information requise au professionnel par télécopieur. Lorsqu'il n'a plus besoin de l'information, il la retourne aux archives pour destruction.

Circulation de documents originaux au dossier : tous les documents originaux devant être déposés au dossier de l'usager sont apportés aux archives par les personnes mandatées uniquement. Le transport desdits documents par les personnes mandatées s'effectue durant les heures d'ouverture des archives.

Destruction de documents contenus aux dossiers : aucune destruction de document contenant des informations confidentielles ne s'effectue à la Clinique Acokan. Ces documents sont retournés aux archives du CSHSM du CIUSSS MCQ qui en assurent la destruction.

Dépôt des notes des professionnels aux dossiers aux archives :

- **Suivi court terme :** Le professionnel doit inscrire ses notes d'évolution au fur et à mesure. Pour une intervention à court terme ou ponctuelle, il a un maximum de 30 jours pour les déposer au dossier de l'usager et l'acheminer aux archives.

- **Suivi long terme :** Le professionnel conserve en sa possession les données concernant les trois derniers mois de l'évolution de la condition de l'usager. Ainsi, il retourne aux archives les notes originales datant de plus de trois mois. Aucune copie des notes expédiées aux archives n'est permise. S'il requiert une partie des informations contenues dans ces notes, il effectue la procédure concernant la demande de dossier antérieur.

16. Gestion des plaintes

Les usagers fréquentant la Clinique Acokan peuvent exprimer leur insatisfaction et formuler une plainte. Toutes les plaintes et les insatisfactions exprimées concernant le professionnel (du CIUSSS MCQ) à la clinique ou les services offerts à la Clinique sont traitées selon le processus en vigueur au CIUSSS MCQ. Pour les insatisfactions concernant le personnel du CAALT ou les lieux physiques, les modalités du CAALT s'appliquent.

Les usagers voulant signaler une insatisfaction ou formuler une plainte peuvent s'adresser directement à la commissaire aux plaintes ou s'adressent soit à la coordonnatrice responsable de la Clinique Acokan, au professionnel ou à la directrice du CAALT. La personne recevant l'insatisfaction ou la plainte assure le suivi avec l'autorité concernée soit :

- *la commissaire aux plaintes et à la qualité des services du CIUSSS MCQ* si la plainte concerne le professionnel et/ou les services rendus par ce dernier. Il est possible que cette dernière communique avec des gens du CAALT si elle a besoin d'information supplémentaire pour le traitement de la demande. Pour la

rejoindre : 1-888-693-3606. Il est possible également pour l'usager de s'adresser directement à la commissaire en composant ce numéro.

- *La directrice du CAALT* si la plainte concerne les lieux physiques ou le personnel du CAALT.

17. Gestion des risques et des événements indésirables

Les politiques et procédures établies encadrant la gestion des risques s'appliquent à la Clinique Acokan. Le professionnel utilise les mêmes formulaires. Cependant, deux particularités sont en place pour permettre le respect de la politique :

- **Divulgation :** considérant que la personne impliquée ne peut effectuer la divulgation, il avise son supérieur immédiat de l'événement. Cette dernière coordonne la divulgation avec la personne en support à la gestion des risques au CSHSM du CIUSSS MCQ.

- **Plan d'amélioration :** la mise en place et le suivi des mesures correctives à la suite d'un événement indésirable s'effectuent conjointement avec le gestionnaire du CIUSSS MCQ responsable de la clinique et la coordonnatrice de la Clinique Acokan.

18. Signatures

Mme Karine Lampron, directrice adjointe	Mme Christine Jean, directrice générale
Services de soins ambulatoires de santé primaire et gestion des maladies chroniques CIUSSS MCQ	Centre d'amitié autochtone de La Tuque

Signé le : 24 octobre 2016

À : La Tuque, Centre de services du Haut-St-Maurice

ANNEXES

MÉCANISMES DE RÉFÉRENCES IMPLANTÉS DANS LE CADRE DU PROJET PILOTE INITIAL 2014-2015

Dans le cadre du projet pilote, le comité de travail avait identifié cinq thèmes et leurs modalités de fonctionnement sur lesquels le comité de coordination et le comité stratégique ont construit le modèle actuel. Le cadre de référence final est basé sur ces modalités bonifiées par la richesse de l'expérience du projet. Les modalités sont donc présentées en annexe dans l'objectif de faciliter la compréhension de l'évolution de l'offre de services à la clinique Acokan.

Modalités de fonctionnement de départ:

- Accueil, évaluation, orientation, référence personnalisée;
- Dépistage et suivi des maladies chroniques;
- Soins courants et médecine de jour;
- Activités du programme de santé publique;
- Liens avec les services suivants : lutte au cancer (infirmière pivot en oncologie), services à domicile, Groupe de médecine familiale (GMF), bloc opératoire et l'urgence.

Accueil, évaluation, orientation, référence personnalisée : AEOR

Description du CSHSM : L'objectif du service d'Accueil, Évaluation, Orientation, Référence personnalisée (AEOR) est de faciliter l'accès pour la clientèle aux services de première ligne en matière de santé physique et de services psychosociaux. Ce service comporte deux volets, un premier, relatif aux besoins en matière de santé physique, l'AEOR santé, et un second, traitant les demandes de services psychosociaux. Ainsi, toutes les demandes de services transitent par l'AEOR.

L'infirmière à la Clinique Acokan

En complémentarité avec les AEOR du CSHSM, son rôle consiste à accueillir toute personne ayant un besoin, évaluer la nature de ce besoin et le traiter ou l'orienter vers le service approprié. L'infirmière reçoit des demandes de toutes natures (santé ou social) avec ou sans rendez-vous, elle est disponible lorsque le client se présente. L'infirmière à la clinique effectue donc une partie des fonctions des AEOR du CSHSM, soit :

- Accueillir la personne;
- Évaluer le besoin de santé physique ou sociale;
- Appliquer les ordonnances collectives pertinentes;
- Préciser les mécanismes de référence, avec les AEOR du CSHSM, qui faciliteront une approche culturellement adaptée (pour les services que l'infirmière ne peut offrir);
- Servir d'intermédiaire pour inscrire les usagers sans médecin de famille.

L'infirmière de la Clinique Acokan utilise les procédures et les outils existants et en vigueur au CSHSM. Elle travaille en étroite collaboration avec les deux AEOR de l'établissement.

De la clinique Acokan vers le CSHSM

Lorsque l'infirmière est dans l'impossibilité d'offrir le service requis par l'usager, elle le dirige et l'accompagne vers le CSHSM afin de ne pas répéter des démarches inutiles pour l'usager. Elle communique avec l'AEOR afin d'effectuer la référence et son actualisation en tenant compte de

ses particularités culturelles. L'AEOR et l'infirmière conviennent des modalités et assument chacune leur part de responsabilité pour s'assurer que l'usager obtienne le service nécessaire. Ainsi, l'infirmière de la clinique Acokan s'occupe de ce qui concerne l'usager et l'intervenant de l'AEOR du CSHSM s'occupe des démarches avec le secteur requis.

De l'AEOR du CSHM vers la clinique Acokan

Lorsqu'un usager autochtone se rend à l'AEOR du CSHSM, il est accueilli soit par l'infirmière ou la travailleuse sociale, selon les procédures établies. Il est possible que les intervenants orientent la clientèle vers la Clinique Acokan s'il est identifié que le service requis est disponible à la clinique. L'AEOR informe l'usager et communique avec l'infirmière clinicienne pour lui transmettre les informations requises.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de personnes vues dans le cadre de l'AEOR;
- Nombre de personnes référées au CSHSM : santé et social;
- Nombre de personnes traitées à la Clinique Acokan.

Dépistage et suivi des maladies chroniques

Description du CSHSM : La gestion et le suivi des maladies chroniques consistent en l'application des différents programmes existants concernant certaines pathologies. Ces programmes couvrent toutes les phases du continuum de la problématique allant du dépistage au décès. Au CSHSM, il existe des programmes encadrant des pathologies. On retrouve une équipe composée d'une infirmière, d'une inhalothérapeute, d'une kinésiologue et de tout autre professionnel dédié à la prévention et à la gestion de ces maladies. Les maladies chroniques sont : le diabète, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle, l'insuffisance cardiaque et les problèmes musculo-squelettiques. On y effectue une gamme de services, soit la promotion, la prévention, le dépistage, le suivi, l'enseignement et l'accompagnement des personnes dans leur apprentissage.

L'infirmière de la Clinique Acokan

L'infirmière clinicienne à la Clinique Acokan joue un rôle majeur dans la prévention, le dépistage et le suivi des maladies chroniques chez la population autochtone. Ses interventions peuvent être individuelles ou de groupes, planifiées ou non. Bien qu'elle utilise les outils et se réfère aux protocoles et différents documents d'encadrement existants au CSHSM, la méthode devra être adaptée à chaque usager. Dans ce domaine, l'infirmière de la clinique travaille en collaboration avec plusieurs intervenants du CSHSM. Beaucoup de services peuvent être offerts par l'infirmière concernant la gestion des maladies chroniques, soit :

- Dépistage du diabète, hypertension artérielle, des maladies cardiorespiratoires (syndrome métabolique);
- Activités de promotion des saines habitudes de vie;
- Évaluation et surveillance clinique requise à la condition des usagers (à la clinique ou à domicile);
- Suivi des usagers diagnostiqués : diabète, maladies pulmonaires obstructives chroniques, insuffisance rénale;

- Enseignement « adapté » pour favoriser une autogestion de la maladie;
- Référence à des professionnels ou des programmes du CSHSM.

De la Clinique Acokan vers le CSHSM
Le CSSS est la référence pour l'infirmière clinicienne en matière d'expertise. Les différents professionnels sont disponibles pour la soutenir en fonction des différents besoins des usagers.

Du CSHSM vers la Clinique Acokan
L'infirmière clinicienne soutient les intervenants du CSHSM afin qu'ils adaptent leur approche et puissent ainsi offrir à l'usager un environnement culturellement sécurisant.

Indicateurs de suivi :
- Nombre de personnes référées;
- Nombre de participants aux activités (rencontres);
- Pourcentage d'usagers ayant une diminution des facteurs de risque : tour de taille, tension artérielle (TA), tabagisme, examens de laboratoire.

Soins et traitements courants et médecine de jour
Description du CSHSM : Les services dispensés dans ce secteur sont variés tout comme la clientèle pouvant s'y présenter. Ils consistent en une vaste gamme de soins ou de traitements prescrits devant être administrés par une infirmière. Les soins courants sont habituellement des soins ponctuels de courte durée tels que : changement de pansement, administration d'un médicament, etc. Les soins en médecine de jour sont plus complexes et nécessitent un temps d'exécution plus long comme une transfusion sanguine. La clientèle se déplace habituellement sur rendez-vous.

L'infirmière de la Clinique Acokan
L'infirmière de la clinique assume l'ensemble des responsabilités du programme offert au CSHSM pour les volets « soins de santé courants » et une partie « médecine de jour », à savoir :
- Évaluation de la condition de santé des personnes;
- Détermination et ajustement des plans de traitement;
- Suivi des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
- Évaluation des résultats de laboratoire et suivi;
- Détermination et ajustement du plan thérapeutique infirmier;
- Enseignement.

De façon plus spécifique, l'infirmière :
- Évalue et effectue le suivi des plaies;
- Exécute certaines prescriptions médicales nécessitant sa contribution;
- Exécute divers soins, mesures diagnostiques ou traitements selon une ordonnance;
- Applique divers protocoles de soins, ordonnances collectives.

De la Clinique Acokan vers le CSHSM
L'infirmière de la clinique travaille en étroite collaboration avec les infirmières de la médecine de jour et des soins courants. Ces dernières sont les personnes-ressources pouvant soutenir l'infirmière de la clinique lors de situations complexes ou inhabituelles. De plus, il est possible de référer directement de la Clinique Acokan au secteur médecine de jour/soins courants dans certaines situations.

Du CSHSM vers la Clinique Acokan
Au moyen d'un formulaire précisant les soins requis pour l'usager, les secteurs du CSHSM notamment le service d'urgence, le bloc opératoire, le Groupe de médecine familiale (GMF) réfèrent la clientèle autochtone vers la Clinique Acokan. Elle prodigue les soins requis et assure le suivi avec le médecin traitant.

Indicateurs de suivi :
- Nombre de personnes / services (Médecine de jour ou soins courants)
- Nombre d'interventions /services

Activités du programme santé publique
Description du CSHSM : Le programme « Santé publique » vise un grand objectif social : améliorer la santé et le bien-être général de la population par des actions qui sont posées, la plupart du temps, avant que les problèmes ne surviennent. Le programme est fondé sur une perspective populationnelle, c'est-à-dire qu'il s'adresse à l'ensemble de la population. Il remplit quatre fonctions essentielles : la surveillance continue de l'état de santé de la population, la promotion de la santé et du bien-être, la prévention et la protection de la santé. En ce sens, les services du CSHSM associés à ce programme concernent tous les secteurs du CSHSM, tous les types de clientèle et comportent de multiples dimensions.

L'infirmière de la Clinique Acokan
Il est convenu que l'infirmière à la clinique évalue les besoins de la clientèle et qu'elle reçoit les préoccupations de celle-ci quant à sa santé et son bien-être concernant les différents volets énumérés plus haut. Elle répond, dans la mesure de ses capacités et de ses moyens, aux différentes demandes de services ou elle s'allie au personnel de la santé publique du CSHSM afin de s'assurer d'obtenir le suivi adéquat. De façon plus spécifique, l'infirmière voit à :
- Organiser et offrir des activités de promotion de la santé;
- Organiser et offrir des activités de prévention et de dépistage;
- Appliquer des ordonnances collectives en lien avec la santé publique;
- Référer et accompagner les usagers lors d'une démarche particulière.

De la Clinique Acokan vers le CSHSM
L'infirmière agit comme agente de liaison pour le CSHSM et le Réseau local de services (RLS).

Du CSHSM vers la Clinique Acokan
La principale adaptation aux programmes et aux services est relative au lieu où ces services sont offerts. Selon la nature du service requis, celui-ci pourrait être dispensé à l'extérieur de la

clinique et celui-ci pourrait être dispensé en groupe ou individuellement. La présence d'un interprète pourrait s'avérer judicieuse tant pour un modèle que pour l'autre.

Indicateurs de suivi :

- Nombre de consultations, motifs de consultations (dépistage, contraception, interruption volontaire de grossesse (IVG);
- Nombre d'activités de prévention et de promotion, nombre de participants (lieu où se sont tenues ces activités, par exemple, clinique, domicile, organisation);
- Nombre de références faites vers les services du CSHSM.

Collaboration avec les services suivants : lutte au cancer (infirmière pivot en oncologie), services à domicile, GMF, bloc opératoire et l'urgence

Description du CSHSM : Ces services ne sont pas dispensés à la clinique par l'infirmière. Par contre, il est possible qu'elle contribue au plan de traitement ou d'intervention. Pour l'ensemble de ces services, l'infirmière de la clinique agit comme personne-ressource pour les intervenants du CSHSM ou comme partenaire important afin de développer un plan de services, d'assurer le suivi ou de favoriser la préparation à un traitement ou autre. L'objectif de ce volet étant d'améliorer la continuité des services.

Ainsi, cette section est présentée de façon différente des précédentes. On retrouve un bref aperçu du service et les liens à établir avec l'infirmière uniquement, et ce, pour chacun des secteurs mentionnés.

Lutte contre le cancer

Deux types de services principaux sont dispensés au CSHSM, soit l'évaluation, le soutien et le suivi de l'infirmière pivot en oncologie lors de l'annonce d'un diagnostic de cancer et l'administration de traitements de chimiothérapie. De plus, dans le cadre du programme de lutte au cancer, on retrouve également les soins de fin de vie.

Collaboration avec l'infirmière Acokan

La collaboration est essentielle pour la prise en charge de la personne. L'infirmière de la clinique connaissant les services, elle réfère les personnes et leur facilite l'accès. Par ailleurs, les intervenants du CSHSM recevant un usager d'origine autochtone, s'il accepte, effectuent le lien avec l'infirmière de la clinique et développent ainsi le plan d'intervention. Ils conviennent de la contribution de chacun en fonction des besoins de l'usager.

Indicateurs de suivi :

Nombre d'usagers inscrits ayant un Plan d'intervention individualisé (PII).

Services à domicile

Les services à domicile comportent deux dimensions. La première concerne des services destinés aux personnes en perte d'autonomie ayant besoin d'aide dans leurs activités de la vie quotidienne telles que les soins d'hygiène, l'aide à l'alimentation ou autres. L'objectif étant de permettre à ces personnes de demeurer dans leur milieu naturel malgré leurs limitations. La seconde s'adresse aux personnes nécessitant des soins ou des services de santé, mais ne

pouvant pas se déplacer pour venir les recevoir en médecine de jour ou en soins courants. Ces services sont dispensés de façon parfois ponctuelle ou à long terme.

Collaboration avec l'infirmière Acokan
Pour le volet maintien à domicile, l'infirmière de la clinique peut intervenir de deux façons. En effet, lorsqu'une personne d'origine autochtone requiert des services de maintien à domicile, celle-ci peut s'adresser à l'infirmière de la Clinique Acokan. L'infirmière effectue la demande au service du soutien à domicile qui procède à l'évaluation afin de déterminer l'offre de services requis. À la suite de cette évaluation, l'infirmière de la Clinique Acokan contribue à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de services. Les mécanismes de suivi sont déterminés conjointement. Par ailleurs, il est possible que l'infirmière du soutien à domicile reçoive une demande directement. À ce moment-là, celle-ci communique avec l'infirmière de la clinique pour effectuer les étapes subséquentes.

En ce qui concerne les services de médecine de jour et de soins courants pour les personnes ne pouvant pas se déplacer, si l'infirmière de la clinique reçoit la demande, elle communique avec l'infirmière des soins à domicile et elles conviennent du plan de services. Dans le même ordre d'idées, lorsque l'infirmière des soins à domicile reçoit une demande concernant une personne autochtone en milieu urbain, elle communique avec l'infirmière de la Clinique Acokan afin de concevoir le plan de services, sa mise en œuvre et son suivi.

Indicateurs de suivi :
- Nombre d'heures de services à domicile;
- Nombre d'usagers différents.

Groupe de médecine familiale (GMF)
Le groupe de médecine familiale (GMF) vise à assurer des services médicaux de première ligne à l'ensemble de la population. Les médecins et autres professionnels (infirmière clinicienne et infirmière praticienne) de cette clinique assurent la prise en charge de la population sur le territoire et effectuent l'ensemble des services y étant associés. La majorité des services sont dispensés sur rendez-vous. Cependant, une clinique d'accès rapide est en place pour une consultation médicale « non urgente » c'est-à-dire ne requérant pas le plateau technique et diagnostique de l'urgence.

Collaboration avec l'infirmière Acokan
L'infirmière de la clinique dirige les patients orphelins vers le guichet d'accès. Elle communique avec l'AEOR et donne les informations pour inscrire les personnes nécessitant un médecin de famille. L'infirmière peut agir comme intermédiaire pour le personnel du Groupe de médecine familiale (GMF), particulièrement pour rejoindre certains usagers. Cependant, l'apport de l'infirmière de la clinique après la visite médicale est majeur. Elle assure la continuité des prescriptions ou le suivi de la visite si nécessaire. Ainsi, à la suite de la visite au Groupe de médecine familiale (GMF), l'infirmière évalue les besoins de l'usager avec l'accord de ce dernier. Elle fait ensuite le lien avec l'infirmière de la Clinique Acokan. Ensemble, elles conviennent du plan pour assurer la continuité des soins et des services.

Indicateurs de suivi :
Nombre d'usagers différents (suivi conjoint groupe de médecine familiale (GMF) –Acokan).

Bloc opératoire
Le bloc opératoire offre des soins et des services chirurgicaux de nature variée allant d'une chirurgie mineure sous anesthésie locale à des interventions majeures sous anesthésie générale ainsi que des services d'endoscopie. Le cheminement de l'usager au bloc consiste en quatre étapes :

1. Rencontre de consultation avec le chirurgien;
2. Rencontre préparatoire à l'intervention ou à l'examen;
3. Déroulement de l'intervention ou de l'examen;
4. Suivi post chirurgie ou post examen.

Collaboration avec l'infirmière Acokan
Bien qu'il soit possible que l'infirmière de la clinique accompagne l'usager ou s'assure de la compréhension des instructions à toutes les étapes, elle a à intervenir particulièrement au niveau de la rencontre préparatoire et du suivi post chirurgie ou post examen. En ce sens, elle effectue la rencontre préparatoire ainsi que tout le suivi postopératoire ou post examen, si la nature de la demande est compatible à des soins courants. Donc, à la suite de la demande de consultation en chirurgie et si une intervention est requise, l'infirmière du bloc opératoire (en fonction de l'usager et avec son accord) communique avec l'infirmière de la Clinique Acokan. Ensemble, elles déterminent le plan d'intervention et précisent les contributions de chacune.

Indicateurs de suivi :
- Nombre d'usagers différents préopératoire
- Nombre d'usagers postopératoire

Urgence
L'urgence fournit, en tout temps, à chaque personne qui s'y présente pour un problème de santé urgent, les soins et les services requis par sa condition. Elle offre une gamme variée de soins et services, et ce, autant aux adultes qu'aux enfants. Afin de déterminer la priorité des patients à voir, l'urgence suit un processus d'évaluation des usagers selon une échelle de triage et de gravité. À l'urgence, on dispense immédiatement les soins et les services requis. Il est fort probable que d'autres services ou secteurs d'activités doivent prendre le relais pour la continuité de soins.

Collaboration avec l'infirmière Acokan

Il est évident que l'infirmière de la Clinique Acokan ne dispense pas de soins d'urgence. Si le patient nécessite des soins de cette nature, il doit se rendre à l'urgence et sa situation est priorisée selon le processus de triage habituel.

Cependant, après une visite à l'urgence nécessitant un suivi, l'infirmière de la Clinique Acokan intervient. En effet, après une consultation à l'urgence, des soins, des examens ou d'autres références pourraient être prescrits. Le personnel de l'urgence avise l'infirmière de la Clinique Acokan. En fonction des besoins, l'infirmière de la clinique détermine le plan d'intervention ou de services, le cheminement de l'usager, coordonne le suivi des demandes et s'assure de planifier les prochaines étapes avec l'usager pour la continuité de la prise en charge.

Indicateurs de suivi :

Nombre d'usagers référés de l'urgence vers la Clinique Acokan.

LISTE DES ACRONYMES

AEOR	Accueil, Évaluation, Orientation, Référence personnalisée
CAALT	Centre d'amitié autochtone de La Tuque
CAAVD	Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or
CH	Centre hospitalier
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CJAT	Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue
CLSC	Centre local de services communautaires
CSHSM	Centre de services du Haut Saint-Maurice
CSSSVO	Centre de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
FISS	Fonds d'intégration des services de santé
FTSA	Fonds de transition pour la santé des Autochtones
GMF	Groupe de médecine familiale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec
PII	Plan d'intervention individualisé
RCAAQ	Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec
RLS	Réseau local de services
TA	Tension artérielle
TB	Tuberculose
VIH	Virus de l'immunodéficience humai

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

Québec

Clinique Acokan

Centre d'amitié autochtone La Tuque

Protocole d'entente de collaboration

Juin 2016

PROTOCOLE D'ENTENTE DE COLLABORATION
ENTRE

Centre d'amitié autochtone de la Tuque
ayant son siège social au 544, rue Saint-Antoine à La Tuque
ici représenté par Christine Jean, directrice générale
Et ci-après nommé CAALT

ET

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Centre de services du Haut Saint-Maurice
Situé au 885, boulevard Ducharme à La Tuque
ici représenté par Martin Beaumont, président-directeur général
Et ci-après nommé CIUSSS MCQ, Centre de services du HSM

Préambule

CONSIDÉRANT que le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) vise à développer un modèle d'adaptation et de complémentarité local des services de santé et des services sociaux avec le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT);

CONSIDÉRANT que dans le cadre de sa responsabilité populationnelle le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) doit voir à l'amélioration de la santé de l'ensemble de la population sur son territoire;

CONSIDÉRANT que les membres des Premières Nations représentent près de 30 % de la population du territoire;

CONSIDÉRANT la préoccupation du CIUSSS MCQ, de répondre aux besoins de santé des membres des Premières Nations du territoire du Haut Saint-Maurice dans une approche culturellement pertinente et sécurisante pour cette population;

CONSIDÉRANT que les partenaires du TourneSol, Réseau local de services de santé et bien-être du Haut Saint-Maurice ont exprimé le besoin de favoriser une meilleure cohabitation entre la population des Premières Nations et des allochtones du territoire et, par conséquent d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services qu'ils offrent à la population du milieu;

CONSIDÉRANT que le Centre d'amitié autochtone de La Tuque est reconnu comme un acteur de premier plan auprès de la population des Premières Nations vivant en milieu urbain ou en transit dans le Haut Saint-Maurice;

CONSIDÉRANT le faible taux d'utilisation de certains services offerts au CIUSSS MCQ, Centre de services du Haut Saint-Maurice de la clientèle issue des Premières Nations;

CONSIDÉRANT que les parties désirent conjointement améliorer l'accès, la continuité et la qualité optimale des services offerts aux membres des Premières Nations vivant ou en transit en milieu urbain, sur le territoire du Haut Saint-Maurice et ainsi de créer un pont entre deux cultures;

CONSIDÉRANT l'obligation des deux parties d'établir des liens formels inscrits à l'intérieur d'une entente de collaboration.

Dans le respect de leur mission et de leurs rôles respectifs, et du cadre de référence élaboré, les parties conviennent de ce qui suit :

Le préambule et les annexes font partie intégrante de la présente entente.

Article 1- But de l'entente

La présente entente poursuit les objectifs suivants :

- Offrir les services dispensés au CIUSSS MCQ, Centre de services du Haut Saint-Maurice dans un environnement culturellement pertinent et sécurisant à la population des Premières Nations afin d'augmenter l'utilisation des services dispensés par l'établissement de santé et de services sociaux du réseau public et;
- Préciser les engagements des deux partenaires concernant la mise en œuvre, l'évaluation et l'adaptation du modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux via la Clinique Acokan.

Article 2- En contrepartie

Le CIUSSS MCQ doit fournir un personnel infirmier qualifié à raison de 32 heures par semaine. Il est encadré par le CIUSSS MCQ selon les règles en vigueur. Ce professionnel interviendra dans les espaces du CAALT au nom du CIUSSS MCQ. Les frais associés au fonctionnement de la clinique sont assumés par les parties selon les barèmes décrits dans l'offre de services.

Article 3- Engagements des parties

Dans le cadre de l'application de la présente entente, les responsabilités sont :

Responsabilités conjointes

- Respecter la mission, le mandat et le fonctionnement des partenaires impliqués dans la démarche;
- Déterminer les mécanismes nécessaires pour le fonctionnement de la Clinique Acokan sur le territoire;
- Allouer les ressources humaines et mettre à contribution leur expertise à l'intérieur des structures de gouvernance de la Clinique Acokan tel que défini dans le cadre de référence, soit au sein des comités stratégique et opérationnel;
- Participer à l'évaluation régulière des activités de la clinique et de son fonctionnement et;
- Adapter l'offre de services de la Clinique Acokan aux besoins du milieu et de la population issue des Premières nations qu'elle dessert.

Responsabilités du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ)

- Assigner une ressource humaine à la Clinique Acokan dans la mesure où les services dispensés atteignent les résultats escomptés et répondent aux besoins de la population concernée;

- Assumer le salaire du personnel infirmier assigné à la Clinique Acokan dans sa totalité, de même que les montants relatifs au partage des frais de formation et de déplacements tel que convenu entre les parties;
- Rendre accessibles les fournitures médicales et une portion des fournitures de bureau tel que convenu entre les parties;
- Assurer la gestion des dossiers des utilisateurs des services de la Clinique Acokan;
- Rendre accessible au personnel de la clinique Acokan les outils, guides ou protocoles du CIUSSS MCQ;
- Procurer au personnel de la Clinique Acokan, les programmes informatiques nécessaires à l'exécution de la tâche qui lui est confiée de même que tous formulaires, procédures et normes ou autres documents d'encadrement;
- Collaborer au développement de corridors de services culturellement adaptés pour les références aux services du CIUSSS MCQ via le personnel de la Clinique Acokan.

Responsabilités du Centre d'amitié autochtone de la Tuque

- Assurer le fonctionnement de la Clinique Acokan;
- Héberger la Clinique Acokan à l'intérieur de ses locaux;
- Assigner une ressource de coordination à la Clinique Acokan;
- Assumer le salaire du personnel de coordination assigné à la Clinique Acokan dans sa totalité, de même que les montants relatifs au partage des frais de formation et de déplacements tel que convenu entre les parties;
- Mettre à la disposition du personnel de la Clinique Acokan, une ressource humaine qui fera l'accueil, la réception des appels de la clientèle et le secrétariat au besoin;
- Rendre accessibles les équipements non médicaux, informatiques, mobiliers, de papeterie et de soutien requis qui répondent aux besoins de fonctionnement de la clinique;
- Respecter les règles de gestion des conditions de travail du personnel CIUSSS MCQ, Centre de services du Haut Saint-Maurice, de gestion des dossiers, de gestion des risques et évènements indésirables telles qu'établies par l'établissement public de santé et de services sociaux et entendues dans le cadre de référence.

Article 4- Mécanismes de communication

Chacune des parties désigne la personne suivante à titre de répondant de la présente entente.

Pour le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) :

- Le président-directeur Général du CIUSSS MCQ

Pour le Centre d'Amitié autochtone de La Tuque :

- La coordonnatrice de la Clinique Acokan désignée par la direction générale du CAALT

Article 5 – Comité de suivi de l'entente

Mandat

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) et le Centre d'amitié autochtone de La Tuque s'engagent à former un comité conjoint pour assurer le suivi de la présente entente.

Ce comité s'assure notamment de :

- Procéder à une évaluation des résultats atteints afin d'apporter, si nécessaire, les correctifs appropriés à la présente entente, et ce, au moins une fois l'an ou sur demande des parties;

- Examiner toute mésentente ou tout différend entre les parties afin de mettre en œuvre les solutions requises.

Composition

Le comité de suivi de l'entente sera composé des membres du comité stratégique de gouvernance de la Clinique Acokan, soit :

- Directrice générale du Centre d'amitié autochtone de la Tuque;
- Représentant de la direction des soins infirmiers du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ);
- Coordonnatrice de la Clinique Acokan;
- Chef de services, responsable de la Clinique Acokan au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ);
- Coordonnatrice du réseau local de services de santé et bien-être du Haut Saint-Maurice.

Article 6 – Mésentente ou Différend

Les parties conviennent de soumettre au comité de suivi toute mésentente ou tout différend se rapportant à l'interprétation, au respect ou non de la présente entente qu'elles ne peuvent résoudre entre elles.

Article 7 – Date de prise d'effet

La présente entente, dûment signée par les parties, prend effet le jour de sa signature. Une copie de la présente entente est acheminée à la coordonnatrice du Réseau local de services de santé et bien-être du Haut Saint-Maurice.

Article 8 – Durée et reconduction

La présente entente entre en vigueur au moment de sa signature par les parties et il prend fin le 1er avril de chaque année.

Elle est renouvelable annuellement, au 1er avril de chaque année, conditionnellement à la réception du rapport annuel d'activités. Elle est indexée selon le taux moyen d'indexation accordé par le Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) au CIUSSS MCQ sous réserve de l'obtention des budgets alloués et autorisés par le MSSS.

Article 9 – Modification

La présente entente ne peut être modifiée que par le consentement écrit des parties.

Article 10 – Résiliation

En cas de non respect des engagements prévus à la présente entente, l'une ou l'autre des parties peut mettre fin à la présente entente sur préavis écrit de trente (30) jours à l'autre partie. Aucune autre compensation financière ne sera demandée par l'une ou l'autre des parties en cas de résiliation.

Article 11 – Cession

Les droits et obligations prévus à la présente entente ne peuvent être cédés, vendus ou transférés, en tout ou en partie.

Article 12 – Disposition finale

La présente entente est signée en deux (2) exemplaires. Lorsque signé par les parties, chaque exemplaire est réputé être un original. L'ensemble de ces exemplaires ne reflète qu'une seule et même entente.

Article 13 – Signatures

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ EN DEUX (2) EXEMPLAIRES.

LE CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE-ET-CENTRE-DU-QUÉBEC (CIUSSS MCQ)

Par le président-directeur général :

Monsieur Martin Beaumont

Date : 6 septembre 2016 À : Trois-Rivières

LE CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE DE LA TUQUE (CAALT)

Par la directrice générale :

Madame Christine Jean

Date : 12 juillet 2016 À : La Tuque

RAPPORT D'ÉVALUATION DU DÉPLOIEMENT DU MODÈLE DE LA CLINIQUE MINOWÉ POUR SON IMPLANTATION DANS DEUX VILLES DU QUÉBEC DESSERVIES PAR UN CENTRE D'AMITIÉ AUTOCHTONE

Groupe de recherche et interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA) 35, Pierre-A-Picard,Wendake, G0A 4V0

Mai 2015

AUTEURS

Pierre Picard M.As, directeur général du Groupe de recherche et d'interventions psychosociales en milieu autochtone (GRIPMA)

Toute reproduction totale ou partielle et toute référence aux éléments de ce document sont autorisées à condition d'en citer la source.

REMERCIEMENTS

Les auteurs de ce rapport tiennent à remercier toutes les personnes qui ont contribué directement et indirectement à la réalisation de ce rapport. En premier lieu, nous désirons remercier chaleureusement le personnel que nous avons rencontré et qui œuvre au sein du Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT) ainsi que celui qui travaille au Centre d'amitié autochtone du Saguenay CAAS). Nous exprimons aussi notre reconnaissance à toutes les personnes du réseau québécois qui ont collaboré en acceptant de répondre aux questions d'évaluation. Enfin, nous exprimons également nos remerciements à madame Claudie Paul, conseillère au Regroupement des centres d'amitié autochtone du Québec (RCAAQ) pour sa confiance et son support tout au long de la démarche.

Note: la forme masculine est utilisée dans le but d'alléger le texte.

TABLES DES MATIÈRES

Terminologie	3
Introduction	4
Méthodologie	6
Limites de la démarche	8
Historique et mise en contexte du déploiement du modèle de la clinique Minowé	9
Résultats de la cueillette de données	11
Axe 1: Déploiement	11
Axe 2: Défis et perspectives d'avenir	16
Discussion des résultats	18
Recommandations	20
Conclusion	22
Bibliographie	23
Annexes	24

TERMINOLOGIE

CAALT : Centre d'amitié autochtone de La Tuque

CAAS : Centre d'amitié autochtone du Saguenay

CAAVD : Centre d'amitié autochtone de Val d'Or

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CJAT : Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue

CSSSHSM : Centre de santé et services sociaux du Haut Saint-Maurice

CSSSVO : Centre de santé et services sociaux de Val-d'Or

DPJ : Direction de la protection de la jeunesse

FISS : Fond d'intégration des services de santé;

FTSA : Fonds de transition pour la santé des Autochtones

LSSS : Loi sur les services de santé et les services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des services sociaux

RCAAQ : Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

INTRODUCTION

À la différence de la plupart des autres Canadiens, les membres des Premières nations et les Inuits reçoivent un éventail de services de soins de santé de la part des deux paliers de gouvernement. Au fil du temps, la prestation des services de santé aux membres des Premières nations et aux Inuits s'est traduite par des lacunes dans la prestation des services, de la confusion pour établir quel fournisseur est responsable de quel service, et la création d'entraves aux efforts de collaboration intergouvernementale pour réaliser des économies d'échelle et profiter d'occasions d'accroître l'efficience de la prestation. Le degré limité d'intégration du système de santé à financement fédéral pour les Premières nations et les Inuits et des systèmes de santé provinciaux et territoriaux respectifs fait en sorte que l'inefficience, les obstacles à l'accès et les effets sur la santé moins qu'optimaux pour les Canadiens inuits et des Premières nations persistent toujours. Afin de pallier cet état de fait, le gouvernement fédéral créait en 2010 le Fond d'intégration des services de santé (FISS).

Le FISS vise les grands objectifs suivants :

- améliorer l'intégration des services de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux;
- créer des partenariats multipartites afin d'intégrer les services de santé pour les Premières nations, les Inuits et les Métis;
- promouvoir et encourager les nouvelles activités tripartites;
- poursuivre l'élaboration d'approches de politiques pour l'intégration de programmes et services de santé mieux adaptés aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis;
- améliorer l'accès aux services de santé;
- renforcer la participation des Premières nations, des Inuits et des Métis à la conception, la prestation et l'évaluation des programmes et services de santé.

L'annonce du Fonds d'intégration des services de santé (FISS) de Santé Canada a permis plus tard au Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) d'obtenir le financement pour le déploiement et l'implantation du modèle de la clinique Minowé dans les villes du Québec desservies par un centre d'amitié autochtone. Le Centre d'amitié autochtone de La Tuque (CAALT) rencontrait les critères de priorité développés par le RCAAQ et a donc été choisi comme premier site d'accueil du modèle, sous le nom de Clinique Acokan. Ce projet est une initiative conjointe entre le CAALT et le Centre de santé et services sociaux du Haut Saint-Maurice (CSSSHSM).

En 2013, après analyse et réflexion sur le déploiement du modèle de clinique dans les autres villes du Québec où se trouvent des centres d'amitié, il a été déterminé par le RCAAQ que le Centre d'amitié du Saguenay (CAAS) rencontrait aussi les critères de

priorité du plan de développement du RCAAQ. Des démarches ont donc été entreprises auprès du CAAS, de ses membres et de ses gestionnaires afin d'en faire le deuxième site d'accueil du modèle de clinique développé par le CAAVD. Comme l'ensemble des acteurs ont accueilli favorablement la démarche lors d'une rencontre des partenaires du CAAS le 30 janvier 2014, le Centre d'amitié autochtone du Saguenay, en collaboration avec le RCAAQ, s'est alors doté en octobre 2014 d'une équipe de travail pour réaliser et exécuter un ensemble de démarches de mise en place aux couleurs de la région.

Étant donné l'innovation du modèle ayant servi de base à l'implantation, du caractère particulier de ses services, du succès que semble obtenir la clinique Minowé et dans le but de s'assurer que la prestation de services soit optimale et exportable vers d'autres régions du Québec, le RCCAQ désirait obtenir une évaluation de l'implantation du modèle de la clinique.

Pour arriver aux conclusions de la présente démarche, nous présentons ici sommairement les paramètres qui ont été observés à l'aide notamment des questions suivantes :

- ✓ Qu'est-ce qui a amené au désir de déployer le modèle à d'autres régions du Québec ?
- ✓ Quels sont les facteurs qui ont facilité ou entravé son implantation ?
- ✓ Quelles sont les limites, les forces du modèle?
- ✓ Quels sont les bénéfices pour les Centres d'amitié autochtone qui se sont servis du modèle ?
- ✓ Qu'est-ce qui fonctionne bien ? moins bien ?
- ✓ Quels sont les mécanismes qui ont été mis en place pour faciliter le déploiement du projet?
- ✓ Le modèle a-t-il engendré des changements dans l'établissement des partenariats ?
- ✓ Quels sont les éléments qui font obstacle au déploiement du modèle ?
- ✓ Quelles sont les perspectives d'avenir du modèle ?

C'est dans ce contexte que le présent rapport d'évaluation a été réalisé. La première section décrit l'historique du projet, la section suivante porte sur les résultats de la cueillette de données à l'égard de deux grands axes : l'implantation du modèle et les perspectives d'avenir. La troisième section comprend une discussion des résultats alors que la dernière section inclut une série de recommandations à l'intention du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) dans l'éventualité de l'implantation de cliniques similaires dans d'autres centres d'amitié au Québec à l'aide du modèle qui a servi à la présente évaluation.

MÉTHODOLOGIE

La présente évaluation s'appuie, au niveau méthodologique, sur une approche qualitative basée sur une collecte de données recueillies à l'aide d'entrevues téléphoniques. Au total, sept (7) personnes ont pris part à la démarche, dont :

- 2 membres du personnel du CAALT;
- 2 membres du personnel du CAAS;
- 1 conseillère cadre à la Direction générale - transitoire - CIUSSS Mauricie Centre-du-Québec;
- 1 Coordonnatrice de programme - médecine générale et soins et services de première ligne – CIUSSS du Saguenay Lac-St-Jean;
- 1 membre du personnel du RCAAQ

Les personnes interrogées dans le cadre de la présente démarche l'ont été après qu'un diagramme des acteurs-clés ait été conçu, soumis et approuvé par le RCCAQ.

Quant aux instruments de mesure (en annexe), ils consistaient en 2 questionnaires d'entrevue semi-dirigée et adaptés selon les personnes rencontrées :

- Direction et membres du personnel des Centres d'amitié autochtone et représentants des partenaires du réseau québécois;
- Représentant du RCAAQ

Les questionnaires ont servi de base à l'amorce des entrevues et une large place a été laissée à l'expression libre des commentaires et des opinions qui ont été encadrées par l'intervieweur. En conséquence, chacune des questions contenues dans les instruments de mesure n'ont pas été systématiquement et littéralement administrées mais ont fait l'objet de référence de base afin de dégager l'essentiel des propos recueillis.

Les réponses ont été transcrites simultanément lors des entrevues. Ces réponses ont ensuite été organisées à partir des grands thèmes abordés et selon leur récurrence et nous ont permis de dresser un portait somme toute précis des perceptions des personnes interrogées.

La matrice suivante fait état des principaux enjeux d'évaluation en lien avec des indicateurs qualitatifs, en plus d'indiquer les sources de données potentielles qui ont permis d'alimenter l'élaboration du présent rapport de l'évaluation. La matrice se divise en trois (2) axes principaux qui ont fait l'objet de l'évaluation :

- L'implantation du modèle
- Les défis et les perspectives d'avenir du modèle.

L'AXE 1 PORTANT SUR L'IMPLANTATION DU MODÈLE

ENJEUX D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
Le mandat, les objectifs, les activités du projet initial pour chacun des centres à l'étude	• Niveau de conformité des objectifs initiaux et des résultats anticipés; • Récurrence des propos.	• Examen des documents pertinents; • Partenaires, gestionnaires.
Les éléments qui ont favorisé l'implantation du modèle et ceux qui ont davantage été des irritants.	• Degré de collaboration des partenaires et identification des éléments favorables à la mise sur pied du projet (processus, ouverture du milieu, appui, support gouvernemental…); • Contraintes et impacts perçus.	• Examen des documents pertinents; • Partenaires, gestionnaires.
Le modèle dans son ensemble et les impacts sur le développement du projet de clinique dans les deux centres à l'étude	• Perception des impacts facilitant ou non du modèle de la clinique	• Examen des documents pertinents; • Partenaires, gestionnaires.
Le modèle et le niveau d'appréciation du projet d'adaptation au niveau des ententes et protocoles auprès des partenaires.	• Perception des personnes interrogées; • Opinions sur ce qui semble bien et moins bien fonctionner du modèle de la clinique	• Examen des documents pertinents ; • Partenaires, gestionnaires et intervenants.
Les mécanismes en place pour assurer le suivi du déploiement du modèle de la clinique.	• Structure organisationnelle et opérationnelle du modèle et perception des irritants et de mise en place ou non de méthodes de fonctionnement et de suivi.	• Examen des documents pertinents ; • Partenaires, gestionnaires et intervenants.

Les améliorations possibles quant au modèle et à ses capacités d'adaptation aux réalités locales.	• Perception sur ce qui pourrait être fait différemment.	• Partenaires, gestionnaires et intervenants.

L'AXE 2 PORTANT SUR LES DÉFIS ET LES PERSPECTIVES D'AVENIR DU MODÈLE

ENJEUX D'ÉVALUATION	INDICATEURS	SOURCES DE DONNÉES
Les leçons apprises et les orientations du modèle	• Perception de la manière dont les contraintes ont été contournées et leçons qui en découlent; • Les défis identifiés en lien avec le déploiement du modèle • Opinions sur les recommandations à faire pour les autres organismes intéressés à la mise en place d'un projet similaire.	• Partenaires, gestionnaires et intervenants.

La collecte de données a été réalisée entre le 13 avril et le 24 avril 2015.

Il a été convenu, dans le cadre de la présente démarche, que les impacts du modèle sur les utilisateurs eux-mêmes ne soient pas une variable à l'étude en raison du caractère trop récent du déploiement du modèle dans les deux régions à l'étude.

LIMITES DE LA DÉMARCHE

Les données recueillies dans le cadre de l'évaluation font principalement état des perceptions des informateurs clés, donnant ainsi à la démarche un caractère davantage exploratoire. Ainsi, elles ne peuvent mener à la généralisation des résultats, peu importe la qualité des participants, contrairement à une évaluation basée sur des données statistiques probantes mesurant notamment les impacts réels du modèle sur les utilisateurs et sur le réseau des services sociaux et de santé.

Nous devons aussi mettre en garde le lecteur en reprécisant que la présente évaluation porte globalement sur l'implantation du modèle de la clinique. Il ne s'agit

pas ici d'évaluer la mise en œuvre des projets au CAALT et au CAAS qui devra faire l'objet ultérieurement de d'autres évaluations.

HISTORIQUE ET MISE EN CONTEXTE DU DÉPLOIEMENT DU MODÈLE DE LA CLINIQUE MINOWÉ

Il faut remonter au Forum socioéconomique des Premières Nations de 2006 pour expliquer les origines de la Clinique Minowé. Préalablement au Forum socioéconomique en 2004, monsieur Paul Martin avait réuni tous les premiers ministres pour investir 700 millions de dollars dans les services complémentaires de santé dans le cadre de l'Accord de Kelowna. Cet engagement a survécu, donnant naissance au Fonds de transition en santé autochtone (FTSA). Lors du Forum socioéconomique de 2006, il a fallu positionner l'organisation des services de santé pour les Autochtones vivant dans les villes. Un engagement a été conclu pour que le RCAAQ assure la complémentarité et le transfert des connaissances dans le cadre de la lutte à la pauvreté et de l'amélioration des conditions de vie en milieu urbain pour les Autochtones. Comme l'amélioration de la qualité de vie des Autochtone est au cœur de la mission des centres d'amitié autochtone, on parle de services dans le milieu urbain pour les Autochtones et non d'offrir des services aux Autochtones vivant en milieu urbain. De surcroit, comme les plans d'organisation de services doivent être conçus selon les besoins locaux en vertu de l'obligation populationnelle des CSSS (maintenant les CISSS) inscrite dans la Loi, tous ces éléments ont favorisé l'établissement de la Clinique Minowé.

C'est dans ce contexte que s'est établi un partenariat entre le Centre de santé et de services sociaux de la Vallée-de-l'Or (CSSSVO), le Centre jeunesse de l'Abitibi-Témiscaminque (CJAT) et le Centre d'amitié autochtone de Val d'Or (CAAVD). De cette alliance, naît en janvier 2011, la Clinique Minowé, une ressource en santé et services sociaux entièrement intégrée au réseau local de la MRC de la Vallée-de l'Or. Ce projet d'innovation sociale a été développé dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada.

Étant donné le succès remporté par l'expérience du modèle de la clinique Minowé, et en raison de l'expertise développée dans le cadre de ce projet, on a voulu réaliser une boîte à outils qui permettrait d'accompagner les échanges pour l'élargissement du projet en faisant mieux connaître auprès des partenaires, l'expérience et les leçons apprises ayant mené à la mise sur pied de la Clinique urbaine en milieu autochtone, la Clinique Minowé.

Ce projet de déploiement et d'implantation du modèle de la Clinique vers d'autres centres d'amitié autochtone du Québec, s'inscrit dans les objectifs, les critères et les priorités du Fonds d'intégration des services de santé (FISS). En effet, ce projet de déploiement contribue à concrétiser des partenariats multipartistes pour améliorer l'intégration et l'accès de qualité à des services de santé et services sociaux

culturellement pertinents pour les membres des Premières Nations et des Inuits des villes du Québec.

Il cherche aussi à définir et établir les conditions favorables qui permettront d'améliorer dans diverses régions du Québec, l'intégration et l'accès aux services de santé et de services sociaux en milieu urbain pour les membres des Premières Nations et des Inuits du Québec.

En s'appuyant sur l'expérience de la Clinique Minowé, le RCAAQ a initié le déploiement du modèle vers deux centres d'amitié autochtones dans les villes de La Tuque et Saguenay.

RÉSULTATS DE LA CUEILLETTE DE DONNÉES

Les résultats recueillis dans la présente section illustrent les perceptions des répondants à la démarche d'évaluation dans le contexte du déploiement du modèle de la clinique.

AXE 1: DÉPLOIEMENT

On entend par implantation les étapes partant de la naissance du projet à l'implantation du modèle en tant que tel au sein des deux régions à l'étude.

Plusieurs éléments ont été retenus comme ayant favorisé le déploiement du modèle. Nous énumérons ici les facteurs favorables les plus souvent rapportés par les répondants.

FACTEURS FAVORABLES

Sensibilité du milieu au concept de l'adaptation culturelle

L'ensemble des partenaires a démontré une ouverture face aux besoins et aux réalités propres aux Autochtones vivant en milieu urbain dans les deux régions. Plusieurs répondants interrogés ont corroboré le fait que peu d'Autochtones fréquentent les services du réseau québécois. La compréhension de ces réalités de la part des partenaires a permis une ouverture d'esprit nécessaire à la mise en place de services culturellement adaptés. Il a aussi permis à chacune des organisations de mieux comprendre le rôle qu'elles peuvent jouer pour aider à la santé des populations autochtones. La sensibilité culturelle aux réalités propres vécues par les membres des Premières nations s'est aussi considérablement améliorée bien qu'au Saguenay, en raison du phénomène relativement récent d'augmentation de la présence autochtone dans cette ville, il a été plus ardu de convaincre les gens du réseau québécois au tout début du projet.

Support du RCAAQ

Les participants à la démarche ont unanimement salué le support du RCAAQ qui par sa collaboration et son suivi constants du début à la fin du déploiement du modèle a grandement facilité la mise en place des deux projets. Sans la collaboration du regroupement, plusieurs répondants ont affirmé que les projets n'auraient probablement pas vu le jour.

Modèles des ententes de partenariat

Bien que certaines différences aient pu être notées quant aux contenus des ententes, tous les répondants ont inscrit comme un élément très favorable le fait que le modèle de la clinique a été très aidant dans la formalisation des ententes dans les deux régions.

Officialisation des ententes de partenariat

Le modèle de la clinique et les résultats atteints ont sans équivoque convaincu les partenaires de la nécessité d'encadrer les ententes qui se sont avérées essentielles pour l'implantation et la pérennité d'un tel projet de clinique adaptée dans les deux régions à l'étude.

Les projets intégrés dans les CAA

Le fait que les projets soient situés dans les locaux du centre d'amitié autochtone est l'élément clé au cœur de la réussite puisque la population autochtone visite les centres d'amitié pour plusieurs raisons dont les activités, rencontrer d'autres autochtones ou recevoir des services via d'autres programmes. Il est donc facile de les rejoindre et créer ainsi un lien avec l'individu et la famille.

Pertinence culturelle

Il a été unanimement déclaré que l'approche culturellement pertinente du modèle de la clinique a contribué largement à la réussite du déploiement des projets dans la région de La Tuque et du Saguenay. Il est plutôt rare qu'un projet fasse autant l'unanimité parmi les personnes interrogées. Le recours à l'approche d'intervention culturellement pertinente prévue dans le modèle a rallié tous les répondants autour de sa nécessité et de la démonstration de son efficacité. Dans une des régions, on a même élaboré un cadre de référence pour y enchâsser une définition du concept même de l'approche sécurisante et culturellement adaptée

Consolidation des liens

La collaboration entre le CSSSHSM et le CAALT existait bien avant le déploiement du modèle dans le cadre de différentes activités conjointes. Il a cependant été rapporté que la formalisation de partenariats prévue dans le modèle est venue consolider et sceller des liens très étroits et respectueux entre les deux organisations et qui reconnait de part et d'autre l'expertise de chacune d'elle. Cet élément était cependant moins perceptible de la part des personnes interrogées venant de la région du Saguenay en raison que le CAAS est une organisation en développement seulement depuis 2010 et que la création de partenariat avec le CSSS de Saguenay en est à ses premiers pas.

Évaluation des besoins de la population autochtone

Les services offerts sont différents dans les deux régions. Cependant, le modèle aura permis justement de mieux évaluer les besoins en matière de santé et de services

sociaux de leur clientèle respective en fonction des réalités vécues dans chacun des milieux.

Adaptabilité du modèle

Le modèle a été très utile dès le début des démarches mais en raison des besoins qui sont différents pour chacune des régions, il a fallu l'adapter. D'ailleurs, tous les répondants à l'exception d'un d'entre-deux ont convenu que le modèle peut facilement être exportable et adaptable aux besoins de chacun. Concrètement, parmi tous les outils disponibles, le plus utile pour l'ensemble des répondants a été les exemples de modèles d'ententes entre le CAAVD et le CSSSVO qu'on a ensuite adaptés de même que le matériel de présentation de projet. Il a été aussi mentionné à ce chapitre que la spécificité de chacun des milieux ne permet pas de déployer le modèle dans son intégralité mais qu'il est une source d'inspiration pour élargir les services des cliniques au niveau local.

Mécanismes de coordination et de suivi

Autant le modèle que la structure des différents comités (comité de coordination opérationnel, comité stratégique ou encore le comité de déploiement de la clinique) ont été efficaces. Ils permettent d'adapter l'offre de services rapidement et évite ainsi les dédoublements puisque la clinique est en contact constant avec le service d'accueil du CSSS. La complémentarité de services est au cœur de la démarche, la volonté des partenaires étant d'assurer l'accès aux services offerts du CSSS afin de travailler ensemble vers l'amélioration continue de la santé des autochtones.

Différents outils de travail

Le modèle offre des outils qui ont été très utiles et parmi ceux qui ont été mentionnés on retrouve :

- Le guide de déploiement du modèle Minowé;
- Le plan stratégique
- Le plan de communication
- Le cahier de charge;
- Les outils promotionnels;
- Le calendrier des activités de prévention de la Clinique Minowé;
- Tableau de bord au point de vue des statistiques.

FACTEURS DÉFAVORABLES

Il a été rapporté quelques facteurs défavorables au déploiement du projet et nous en rapportons ici les principaux.

Les attentes associées au projet

Il semble qu'au départ, au moins dans une région, les attentes des Autochtones étaient beaucoup trop grandes le comparant même aux services pouvant être offerts par un dispensaire tel qu'on le voit dans les communautés. Il a fallu prendre le temps nécessaire pour bien positionner le projet et s'entendre sur des objectifs réalistes. La première année étant une phase de pilotage pour évaluer les besoins en matière de services et programmes à développer pour répondre aux besoins de la clientèle.

Les préjugés entretenus par certaines personnes

Même si la sensibilité aux Autochtones a été perçue comme un élément favorable, les préjugés de certaines personnes à l'effet «que les Premières nations auront encore accès à un service de plus» se sont placés au tout début comme un élément défavorable.

Les structures organisationnelles

Les deux types d'organisation sont complétement différentes au plan de leur structure, des lois qui les encadrent, des obligations patronales et syndicales et il a fallu mettre le temps nécessaire pour s'adapter l'une à l'autre.

La réforme des CSSS

La réforme des services de santé enclenchée par le gouvernement provincial a eu un impact considérable sur le déploiement de la clinique particulièrement à Saguenay. Les démarches de déploiement avaient été enclenchées mais le CSSSS a annulé tout le processus en raison de la réforme qui touchait directement leur organisation. Une demande de support au MSSS a été faite mais personne n'était en mesure de supporter le projet car le gouvernement avait demandé le statu quo avant de s'impliquer dans quelque dossier que ce soit. Cependant, des engagements verbaux avaient été donnés et ce contexte de réforme a permis de constater que le déploiement du modèle de clinique repose seulement sur la volonté des individus impliqués dans le processus. Le sentiment d'être tributaire des CSSS et de leur bon vouloir malgré l'obligation d'offrir des services à toute la population de son territoire mentionné par la LSSS se place ainsi comme un irritant actuel et potentiel.

Malgré les embûches rencontrées, une entente de prêt de services a finalement été conclue mais avec des conditions particulières qui requiert du CAAS de payer les frais de la ressource prêtée pour la première année.

Le langage technique utilisé dans le modèle

Le modèle présente une certaine lourdeur et comporte beaucoup de papier et le langage utilisé n'est pas nécessairement accessible à tous. Certains ont émis des réserves quant aux sommes investies dans tout le graphisme investi dans le matériel et qui aurait pu, selon eux, servir au déploiement et à l'adaptabilité des projets.

L'opinion subjective portant sur le modèle

La vision subjective du modèle par chacun des partenaires peut devenir un irritant. Plus de temps a été requis afin d'en arriver à une compréhension commune de celui-ci.

IMPACTS POSITIFS ET PROGRÈS SUITE AU DÉPLOIEMENT DU MODÈLE

Même si les projets sont relativement récents, certains impacts positifs ont néanmoins été répertoriés. Nous présentons ici une liste des impacts et des progrès réalisés suite au déploiement su modèle.

Complémentarité avec le réseau québécois

Les projets issus du déploiement du modèle s'inscrivent en complément au réseau québécois pour s'assurer que l'ensemble de la population du territoire reçoive des services ou à tout le moins que celle-ci puisse y avoir accès plus facilement. En ce sens, les deux projets à l'étude s'inscrivent dans un continuum de soins offerts en complémentarité au réseau québécois qui souvent ne rejoint pas la clientèle autochtone. À cet effet, le modèle a permis, dans les deux régions, de rejoindre les Autochtones du milieu urbain.

Développement de d'autres partenariats

Non seulement, des ententes formelles conduisant au déploiement du projet dans les deux régions ont-elles été signées mais il a été rapporté qu'elles sont actuellement en train de donner naissance, soit à des collaborations plus soutenues ou encore à des ententes dans le cadre de d'autres programmes. Dans le cas d'un des deux projets, on a aussi rapporté que le déploiement du modèle permet d'orienter plus adéquatement des interventions de prévention et de sensibilisation. Un projet de travailleur de milieu pour travailler en prévention auprès des personnes autochtones est en cours tout comme des pourparlers avec le DPJ dans l'une ou l'autre des deux régions.

Sensibilisation à la culture des Autochtones

Définitivement un des progrès réalisés est celui d'avoir contribué auprès des personnes intimement liées aux projets à augmenter leur niveau de sensibilisation à la culture. Il a aussi permis à un éventail de personnes beaucoup plus large de mieux comprendre la nécessité d'adapter les services pour que ceux-ci soient culturellement sécuritaires pour la population autochtone qu'ils desserrent ou qu'ils aimeraient desservir.

Reconnaissance et crédibilité accrue des Centres d'amitié auprès du réseau québécois

L'ensemble des démarches et le caractère particulier du projet avec tout ce que cela comporte a permis de reconnaître le professionnalisme des ressources humaines rattachées au centre et augmenter ainsi leur crédibilité au sein du réseau québécois.

Démystification des rôles de chacune des organisations

Bien qu'il existait de part et d'autre de la méconnaissance quant au partage des responsabilités de chacune des organisations, le fait de s'asseoir ensemble et d'apprendre à se connaître, a permis de démystifier le rôle de chacun et renforce la volonté à travailler conjointement dans le futur pour le bien de leur clientèle conjointe.

Intérêt de la médecine

L'intérêt que suscitent les projets a fait en sorte qu'un médecin de Trois-Rivières veut faire des stages d'observation pour les nouveaux médecins pour connaître l'approche à utiliser pour mieux desservir la clientèle autochtone.

IRRITANTS

Un seul irritant a été identifié.

Surcharge de travail

Le travail de coordination de la clinique occasionne une surcharge de travail pour laquelle aucune ressource financière n'est allouée pas plus pour les ressources humaines déjà en place dans les sites d'accueil du modèle.

AXE 2: DÉFIS ET PERSPECTIVES D'AVENIR

La présente section présente les défis et les perspectives d'avenir du modèle, selon les répondants questionnés.

Un modèle non reconnu officiellement

Le modèle n'est pas reconnu officiellement par les autorités gouvernementales et n'est donc pas financé pour assurer sa pérennité. Les CSSS s'engagent pour le prêt d'une ressource infirmière et du matériel médical nécessaire au bon fonctionnement de la clinique mais tous les frais associés à la coordination doivent être assumés par les Centres d'amitié. Le FISS ne prévoit aucun montant pour assurer les opérations et la pérennité des projets ce qui inquiète les répondants.

Aucune obligation légale des CSSS ou des centres jeunesse

Les CSSS et les Centres jeunesses n'ont aucune obligation de s'engager dans le déploiement du modèle, et une fois déployé, aucune organisation n'a l'obligation

d'assurer sa continuité. Le MSSS n'ayant pas donné de direction claire à ses établissements, pas plus financièrement, cela met à risque le déploiement et la pérennité du modèle. Le FISS étant terminé, aucun autre financement n'est assuré pour la continuité du déploiement dans les autres villes desservies par un centre d'amitié, et ce, malgré les besoins de la population autochtone.

La fidélité aux valeurs définies par les Autochtones

En dépit des attraits que suscite la société dominante et devant l'avalanche des moyens de communication qui viennent parfois bousculer les valeurs identitaires et culturelles, il sera important que les projets demeurent fidèles à l'identité propre des Autochtones.

Les stratégies de communication

Il apparait essentiel, qu'au-delà de la nécessité du financement qui peut assurer la pérennité des projets, le défi sera aussi de maintenir un suivi constant et rigoureux dans la communication entre les différentes organisations; les priorités de chacune étant souvent bien différentes et dictées par des intérêts supérieurs distincts.

DISCUSSION DES RÉSULTATS

L'ensemble des thèmes qui se retrouvent dans les deux (2) grands axes définis dans le cadre de la présente démarche ont fait l'objet de récurrence dans les propos tenus par l'ensemble des intervenants interrogés. Il y a cependant un point qui semble faire unanimité c'est le degré de sensibilisation aux différences identitaires propre aux Autochtones qui s'est considérablement accrue avec le déploiement du modèle dans les deux régions à l'étude.

Pour des raisons historiques et culturelles, de méfiance envers les institutions allochtones, de méconnaissance des services, des problèmes de communication, les Autochtones fréquentent peu les services offerts par les CSSS à l'exception des soins d'urgence et d'obstétrique. Malgré la disponibilité des services, les répondants affirment sans équivoque que la population autochtone les sous-utilise. Le modèle de la clinique Minowé qui est innovateur à maints égards répond à un besoin pour la population autochtone vivant en milieu urbain. La mobilisation autour d'un projet comme celui de la clinique basé sur une approche culturellement pertinente mais souvent peu comprise est une tâche monumentale qui demande une conviction profonde quant à la nécessité que soient adaptées les interventions au contexte culturel et identitaire propre aux Autochtones. Tout le projet de la Clinique Minowé repose sur la nécessité d'avoir recours à une approche culturellement pertinente et en conséquence, sécuritaire. Cette mobilisation et cette conviction ne sont hélas pas suffisantes puisqu'elles doivent être conjuguées à des personnes qui non seulement ont-elles une ouverture d'esprit à la différence culturelle mais qui démontrent aussi une sensibilité au fait que les interventions dans ce cas-ci en matière de santé et de services sociaux, sont souvent inefficaces lorsque la dimension culturelle est évacuée.

La Clinique Minowé étant reconnue comme un modèle d'innovation sociale par le Conseil Canadien de la santé facilite la création de partenariats par une reconnaissance déjà acquise du modèle auprès d'instances reconnus en santé. De plus, implanter un modèle existant, qui a su faire ses preuves auprès des partenaires de la Vallée de l'Or permet de présenter les résultats et démontrer la pertinence du modèle auprès des milieux d'accueil.

Ce projet d'envergure a été déployé dans deux régions du Québec soit à La Tuque et au Saguenay. Plusieurs éléments favorables ont été mentionnés comme facilitant son déploiement et l'adaptabilité du modèle est ressortie comme étant favorable. Le projet de déploiement du modèle de la Clinique Minowé a permis de mettre à profit l'expérience tirée de l'implantation Minowé. L'accès aux dossiers de références, aux leçons apprises ainsi qu'aux outils d'opérationnalisation du modèle accélère la démarche. Cependant, les particularités locales et régionales commandent nécessairement que chaque projet puisse s'inspirer du modèle et le rendre adapté

aux besoins de chacune des régions. Les Cliniques sont déployées dans un environnement culturellement sécurisant qui est la base même d'élaboration de stratégies d'intervention des centres d'amitié. La dimension culturellement pertinente passe nécessairement par la compréhension des contextes historiques, sociaux, culturels, juridictionnels dans lesquels se trouvent les membres de Premiers Peuples. Cette dimension est nécessaire pour saisir les effets que ces contextes ont pu produire sur les personnes autochtones. Les stratégies déployées en santé et services sociaux doivent tenir comptes du contexte dans lequel les personnes se trouvent et de la manière dont ces contextes les affectent.

En dépit de ce caractère d'adaptabilité nécessaire à la réussite du projet et possible si l'on en croit les propos recueillis, le modèle à lui seul ne suffit pas et le support du personnel du RCAAQ a été mentionné comme un élément essentiel à la réussite de la démarche.

Somme toute, le déploiement du modèle et les impacts favorables qu'il a eus dans les deux régions à l'étude sont probants. Nous mentionnons à nouveau ceux qui ont fait l'objet de récurrence :

- Consolidation des liens et démystification du rôle des organisations en présence et augmentation de la crédibilité des CAA;
- Établissement d'ententes de partenariat formelles et de mécanismes de coordination et de suivi;
- Élargissement de d'autres types de partenariat;
- Complémentarité des services dans un continuum de soins;
- La nécessité d'offrir des services culturellement sécuritaires.

Quant aux facteurs rapportés dans le cadre de la démarche comme ayant été des irritants et qui devront être considérés comme des mises en garde, il y eu bien entendu tout le processus de réforme des CSSS qui a mobilisé et retardé le déploiement du projet. Cette situation ponctuelle a néanmoins permis de soulever la question de l'engagement formel et de la reconnaissance officielle du modèle. Bien que tous puissent être en accord avec la nécessité d'adapter ses interventions afin que celles-ci soient culturellement pertinentes, la non-obligation d'y souscrire n'assure aucunement la pérennité du modèle qui devient dans ce contexte tributaire du bon vouloir des autorités en place. Le financement est alors ponctuel et peut certainement mettre en péril l'avenir du modèle.

À l'instar de tout projet similaire, c'est la combinaison de plusieurs éléments qui deviennent les pierres angulaires sur lesquelles repose le succès du déploiement d'un modèle. La sensibilité à l'approche culturellement pertinente, l'établissement officiel de partenariats, la reconnaissance auprès de la population qu'elle dessert et éventuellement le niveau de satisfaction qu'il obtient à plusieurs niveaux (clientèle, organisations des réseaux québécois et autochtone…) font clairement la démonstration qu'un tel projet mérite une attention toute particulière.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations qui suivent s'adressent à chacune des organisations concernées par le déploiement du modèle.

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DU RCAAQ

RECOMMANDATION 1

S'assurer que tous les acteurs prenant part au développement d'un projet puissent dès le départ formellement assister à une formation sur les particularités historiques et actuelles des Autochtones et que celle-ci soit particulièrement adaptée à la région dans laquelle s'élabore le projet de clinique. Le niveau de sensibilisation à l'approche culturellement sécurisante doit continuellement s'accroître.

RECOMMANDATION 2

Obtenir le support et l'appui formel des autorités politiques afin que le RCAAQ puisse faire les représentations nécessaires à la reconnaissance du modèle et à la nécessité de le financer de manière récurrente.

RECOMMANDATION 3

Continuer de supporter concrètement tous les autres sites voulant déployer le modèle et initier dès le départ une entente formelle de partenariat afin que tous souscrivent à un engagement écrit au déploiement d'une clinique.

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES

RECOMMANDATION 1

Afin de bien cibler les services qu'une éventuelle clinique peut offrir tant au plan de l'offre que de la clientèle qu'elle dessert, il est nécessaire de procéder à une évaluation des besoins de la clientèle locale en tenant compte des variables qui influencent les particularités.

RECOMMANDATION 2

S'approprier dès maintenant le modèle et en comprendre la définition, en esquisser son déploiement à la connaissance des particularités locales, l'adapter et jeter les premières bases afin d'en dégager une vision claire.

RECOMMANDATIONS À L'INTENTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

RECOMMANDATION 1

S'engager formellement à reconnaître le modèle comme étant celui devant être déployé au sein des Autochtones vivant en milieu urbain.

RECOMMANDATION 2

S'engager formellement à mettre en place des formules de financement pouvant assurer la pérennité des projets de clinque.

CONCLUSION

L'ensemble des valeurs inculquées par une culture influence la vision des choses et les attentes, de sorte qu'elles peuvent être différentes de celles de la culture dominante. La mise en place d'une approche qui soit culturellement pertinente et les impacts positifs qui peuvent en découler a été démontré par l'expérience vécue dans la région de Val d'Or. La résistance et la réticence à aller chercher des services dans le réseau québécois sont contournées lorsque les Autochtones sentent que leurs particularités sont prises en compte dans la livraison des services.

L'approche novatrice et culturellement pertinente développée par le CAAVD et qui a servi de base à la mise en place de la clinique Minowé s'avère être efficace. Si ce fait est maintenant largement et unanimement reconnu, la présence de d'autres éléments doit aussi se conjuguer à l'approche afin de maximiser les succès d'un projet de déploiement.

Ainsi, afin d'assurer dès le début du déploiement d'un projet, l'engagement des directions administratives locales devraient se formaliser dans le cadre d'une signature d'une entente de partenariat afin d'éviter qu'il ne soit suspendu par des éléments ponctuels et conjoncturels comme ce fut le cas dans la région du Saguenay.

Même si la société dominante a fait la démonstration d'une plus grande ouverture aux réalités vécues par les premiers peuples, les préjugés et les méconnaissances ont tendance à persister. La mobilisation autour d'un projet, doit aussi commencer par l'assurance d'une plus grande sensibilité sur la réalité des Autochtones afin de semer la réflexion des acteurs locaux et ainsi faciliter son implantation. Les services offerts en amont permettent bien souvent de diminuer les coûts des services d'urgence et d'hospitalisation. Les problèmes de communication et de langues sont souvent des facteurs qui amènent la clientèle autochtone à consulter seulement en situation d'urgence.

Le modèle, grâce à son caractère adaptable a permis de supporter les démarches entreprises dans deux sites. Si tous s'accordent à reconnaitre la nécessité d'implanter un tel projet non seulement devons-nous favoriser l'émergence de partenariats mais encore faut-il en assurer leur maintien et leur consolidation. L'implantation du modèle, dans ce contexte, doit être considérée par les autorités gouvernementales comme un élément essentiel dans la qualité des soins offerts aux Autochtones. Ces derniers, ne sont-ils pas les mieux placés pour déterminer ce dont ils ont besoin ? C'est là, croyons-nous, la base de tout autre projet similaire qui veut voir le jour.

BIBLIOGRAPHIE

Centre d'amitié autochtone de Val d'Or (CAAVD) (2010) « *Vers un modèle de services de santé et de services sociaux en milieu urbain de la vallée de l'or : la clinique Minowé*,» CAAVD

Centre d'amitié autochtone de Val d'Or (CAAVD) (2011) « *Évaluation FTSA adaptation , développer un modèle d'adaptation et de complémentarité locale des services de santé entre le CSSS de la vallée-de-l'Or et le Centre d'amitié autochtone de Val d'Or* CAAVD – conception et réalisation – GRF RECHERCHE/ÉVALUATION

Centre d'amitié autochtone de Saguenay «Rapport d'étape sur la mise en place de la Clinique en santé du Centre d'amitié autochtone du Saguenay» David Sioui, 2015

ANNEXES

QUESTIONNAIRE POUR LES PARTENAIRES/ AGENTS DE LIAISON DU RÉSEAU QUÉBÉCOIS ET DIRECTION DES CENTRES

A) DÉPLOIEMENT ET IMPLANTATION

1. Quels ont été vos rôles et responsabilités dans le cadre du déploiement du projet de la clinique dans votre milieu ?
2. Quelles sont les ressources que vous avez fournies pour le déploiement du projet? Sont-elles toujours les mêmes à ce jour ?
3. De votre point de vue, quels résultats ont été atteints par le déploiement du projet de clinique ?
4. Quels ont été les principaux risques, difficultés, contraintes associés au déploiement du projet?
5. La clinique Minowé a servi de modèle au déploiement du projet. En quoi ce modèle vous a-t-il été utile?
6. Quels sont les mécanismes qui ont été mis en place pour assurer que l'implantation du modèle dans votre milieu soit assurée ?
7. Le modèle a-t-il ou non favorisé le développement de partenariats ?
8. Le modèle était-il facilement adaptable aux réalités de votre milieu ?
9. Dans quelle mesure le modèle a-t-il été fonctionnel et efficace?
10. Quels sont les besoins précis auxquels le modèle a répondu ?
11. Le modèle a-t-il été aidant dans le degré d'efficacité de la communication, de la coordination et de la coopération entre les différents partenaires du projet?
12. Quels sont les éléments positifs du modèle ?
13. Quels en sont les irritants ?
14. Parmi tous les outils mis à votre disposition pour le déploiement du modèle, lequel ou lesquels vous ont été les plus aidants ? les moins aidants ?
15. Quelles leçons pouvons-nous tirer de cette expérience de déploiement de votre projet à partir du modèle ?
16. Pour quelles raisons certaines mesures ont été efficaces et d'autres pas?
17. Quelles sont les améliorations souhaitables ? Que changerions-nous si c'était à refaire?
18. Que dites-vous à ceux qui veulent implanter un projet similaire en se servant du modèle?

QUESTIONNAIRE POUR LA COORDINATION DU PROGRAMME AU RCAAQ

MISE EN OEUVRE

1. Veuillez nous décrire le projet du déploiement du modèle que vous avez mis en œuvre dans votre organisation.
2. Quels sont les objectifs de ce modèle ?
3. Quels ont été les éléments facilitant la mise en œuvre du déploiement du modèle ?
4. Quels ont été les irritants ?
5. Quelles sont les différences entre le projet prévu au départ et celui mis en œuvre ?
6. Des difficultés spécifiques à la mise en œuvre auprès des partenaires ?

STRUCTURE ACTUELLE / POINTS POSITIFS – POINTS NÉGATIFS

7. Quels sont les aspects du modèle qui semblent le mieux fonctionner ? le moins ?
8. Quels sont les mécanismes qui ont été mis en place pour faciliter le déploiement du projet?
9. Quels sont les besoins précis auxquels le modèle a répondu ?

LES IMPACTS

10. Quels sont les impacts que le déploiement du modèle a eus sur les centres désireux de développer une clinique ?
11. Le modèle a-t-il engendré des changements dans l'établissement des partenariats

UTILISATION DE L'ÉVALUATION ET AVENIR

12. Quels sont les éléments qui font obstacle au déploiement du modèle ?
13. Quelles sont les améliorations souhaitables ? Que changerions-nous si c'était à refaire?
14. Que diriez-vous à ceux qui veulent implanter un projet similaire ?