

# Territoire de la Baie James





# Territoire de la Baie James



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

## Rédaction

**Suzanne Ally**

infirmière, agente de formation  
pour tout le territoire du Conseil Cri

**Jacynthe Bernatchez**

infirmière responsable de la santé  
communautaire à Chisasibi

**Louise Gagnon,**

directrice de l'hôpital de Chisasibi

**Pierre Larivière**

coordonnateur Santé, CLSC de l'Intérieur

**Pauline Lépine**

directrice des services professionnels  
de santé (depuis le 28 avril 2003)

**Suzanne Rousselle**

infirmière responsable du dispensaire  
de Great Whale et présidente du syndicat

**Jean-Serge Tremblay**

coordonnateur Santé de l'Hôpital  
de Chisasibi

**Éveline Trépanier**

infirmière-consultante en soins infirmiers

## Production

Service de l'édition

Direction des services aux clientèles  
et des communications, OIIQ

**Conception et réalisation graphique  
inoxidée**

## Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

4200, boulevard Dorchester Ouest

Montréal (Québec) H3Z 1V4

Téléphone : (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048

Télécopieur : (514) 935-5273

[cdoc@oiiq.org](mailto:cdoc@oiiq.org)

[www.oiiq.org](http://www.oiiq.org)

## Dépôt légal

© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2004

2<sup>e</sup> trimestre 2004

Bibliothèque nationale du Québec

Bibliothèque nationale du Canada

ISBN 2-89229-322-7 (Pochette)

ISBN 2-89229-326-X (Fiche 2)

ISBN 978-2-89229-574-0 (Fiche 2) (PDF)

Tous droits réservés

**Note** Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,  
le féminin est utilisé seulement pour alléger la présentation.

# Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Situation géographique et caractéristiques générales de la population</b> .....                | 5  |
| 1.1 Population.....  | 6  |
| 1.2 Langues, valeur et mode de vie .....   | 8  |
| <b>2. Orientations en matière de politique de santé</b> .....  | 9  |
| 2.1 Espérance de vie et mortalité infantile.....   | 9  |
| 2.2 État de santé .....  | 10 |
| 2.3 Priorités sociales.....  | 11 |
| <b>3. Organisation des soins et des services</b> .....   | 12 |
| 3.1 Types d'établissements .....   | 12 |
| 3.2 Liens avec d'autres établissements ou organisations.....   | 12 |
| <b>4. Situation particulière des dispensaires et points de services</b> ..                           | 13 |
| 4.1 Pratique infirmière en dispensaire .....   | 13 |
| 4.1.1 Fonctions spécifiques.....   | 13 |
| 4.1.2 Soins et traitements prodigués par l'infirmière .....  | 14 |
| 4.1.3 Actes médicaux.....  | 16 |
| 4.2 Autres aspects particuliers concernant la pratique infirmière ...                                | 16 |
| 4.3 Principaux problèmes de santé de la population et situations requérant des soins d'urgence ..... | 17 |
| 4.4 Effectifs infirmiers.....  | 18 |
| 4.5 Collaboration avec les médecins et les autres professionnels ...                                 | 18 |



# 1. Situation géographique et caractéristiques générales de la population

**P**orte d'entrée du Grand Nord, la région de la Baie James s'étend du 49<sup>e</sup> parallèle jusqu'au nord du 55<sup>e</sup> parallèle, sur 350 000 km<sup>2</sup>, soit l'équivalent de Terre-Neuve et du Nouveau-Brunswick réunis. Du Sud au Nord, l'écosystème passe d'une épaisse forêt boréale à la taïga. L'hiver, saison la plus longue, commence à la mi-octobre et se termine vers la fin avril. Les journées durent de 6 à 18 heures selon la saison.

Les peuples de la Baie James y vivent depuis au moins 5 000 ans. Ils se présentent comme Eeyou et appellent leurs territoires Eeyou Istchee. Les Européens les connaissent sous le nom de Cris, depuis 1835, alors que la Church Missionary Society de Londres leur avait donné ce nom. Avant le commerce européen de la fourrure, il n'y avait pas de communauté crie permanente.

En 1975, les Cris ont signé la Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ). Ce traité établit la région crie et prescrit, à l'article 14, l'octroi de fonds pour une gamme complète de services de santé et de programmes sociaux. Après un début difficile et des litiges, le gouvernement du Québec a graduellement augmenté le financement du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ). Malgré cela, les populations des communautés éloignées présentent un moins bon état de santé que les gens vivant dans les grands centres.

Il existe neuf communautés dans l'Eeyou Istchee. La région sociosanitaire n°18 se compose de neuf parcelles de terre qui correspondent aux neuf communautés cries. Cinq communautés se trouvent sur le littoral de la Baie James et de la Baie d'Hudson : Whapmagostui, Chisasibi, Wemindji, Eastmain et Waskaganish. Quatre sont localisées dans les terres : Nemaska, Waswanipi, Eastmain, Oujé-Bougoumou et Mistissini. À cause de leur relatif isolement et surtout des distances, les communautés de la Côte et Nemaska doivent utiliser l'avion pour transporter les usagers requérant les services spécialisés des hôpitaux plus au sud (Val-d'Or, Amos et Montréal). Récemment, Wemindji et Eastmain ont été reliés à la route du Nord allant de Chisasibi à Matagami. Waswanipi, Oujé-Bougoumou et Mistissini sont reliés à la route 169 Nord.



## 1.1 Population

En 1990, le peuple cri de la Baie James composait près de 25 % de la population autochtone du Québec. La population de la Baie James a augmenté rapidement. De 9 078 habitants en 1990, elle est passée à 13 426 en l'an 2000. En 1990, 49,2 % avait moins de 20 ans. Selon les données de 1995, ce taux a baissé à 45,8 %, et en 2000, à 43,8 %. Ces dix dernières années, la population des 65 ans et plus est restée relativement stable à 4 %. Par contre, celle de 50 à 64 ans a un peu augmenté, passant de 6,5 % en 1990 à 8 % en 2000. De plus, le nombre de personnes de 35 à 49 ans a nettement augmenté, de 12,8 % à 15,9 %. La population âgée augmentera de façon marquée durant les 15 à 20 prochaines années.

En avril 2002, selon la liste des bénéficiaires de la CBJNQ, près de 13 810 Cris résident dans les neuf communautés du territoire. C'est une jeune population : 4,12 % de personnes âgées de 65 ans et plus, tandis que pour la population canadienne en général, on en compte 13,1 % (recensement de 2001). En tout, 5 939 Cris (43,32 %) font partie de la catégorie des 0 à 19 ans.

En analysant les tendances démographiques des dix dernières années, les résultats les plus importants sont les suivants :

- Le taux de naissances diminue progressivement : de 30,1 pour 1975-1981 à 28,7, pour 1986-88 et 25,1 en 1989-93. Le taux de fertilité suit la même tendance : de 139,0 en 1975-81 à 110,0 en 1986-88 et 99,0 en 1989-93. Le taux de naissances



pour la province de Québec est de 12,3 (1991), tandis que le taux de fertilité est de 41,0 en 1986 et de 49,1 en 1991.

- Pour les années à venir, la croissance de la population crie dépendra surtout de l'augmentation du groupe de femmes de 15 à 49 ans, bien plus que du taux élevé de fertilité et de naissances, comparativement à la population générale du Québec. La diminution de pourcentage des 0 à 4 ans est en ce sens très significative.

Pour ce qui est d'autres variantes, telles que l'unité familiale, la langue et l'éducation, plusieurs constatations se dégagent clairement :

- Il y a plus de familles nucléaires comparativement au reste de la province, 76 % de familles nucléaires par rapport à 19 % de familles monoparentales. Le nombre moyen d'enfants par famille crie est de 3,8 ; pour les familles québécoises, il est de 1,7 (1991).
- 34,5 % des unités d'habitation logent plus d'une famille (Québec : moins de 1 %).
- Il y a moins de personnes scolarisées comparativement à la population québécoise. Le pourcentage de ceux et celles qui n'ont pas complété leur secondaire est de 35 % pour les Cris et de 20,1 % au Québec en général (1996). Le taux de décrochage scolaire est de 65 %, comparé à 35 % (1996). Parmi les adolescents de 15 ans et plus, seulement 36 % ont terminé le secondaire, comparativement à 65 % ailleurs au Québec.



En 1999, 45 % de la population active (15 à 64 ans) avait un poste à plein temps ou à temps partiel et 23 % n'avait pas de travail (Québec : 8,1 %).

La distribution des groupes d'âge par communauté est la suivante :

| Communauté     | ÂGE    |       |       |       |       |      | Total |
|----------------|--------|-------|-------|-------|-------|------|-------|
|                | N<br>% | 0-9   | 10-19 | 20-39 | 40-64 | 65+  |       |
| Whapmagoostui  | N      | 215   | 162   | 238   | 123   | 39   | 777   |
|                | %      | 27,67 | 20,85 | 30,63 | 15,83 | 5,02 | 100   |
| Chisasibi      | N      | 783   | 688   | 1149  | 643   | 147  | 3410  |
|                | %      | 22,96 | 20,18 | 33,70 | 18,86 | 4,3  | 1100  |
| Wemindji       | N      | 246   | 229   | 432   | 229   | 50   | 1189  |
|                | %      | 20,74 | 19,31 | 36,42 | 19,31 | 4,22 | 100   |
| Eastmain       | N      | 126   | 132   | 188   | 92    | 34   | 572   |
|                | %      | 22,03 | 23,08 | 32,87 | 16,08 | 5,94 | 100   |
| Waskaganish    | N      | 481   | 462   | 706   | 395   | 65   | 2109  |
|                | %      | 22,81 | 21,91 | 33,48 | 18,73 | 3,08 | 100   |
| Nemaska        | N      | 145   | 125   | 209   | 110   | 27   | 616   |
|                | %      | 23,54 | 20,29 | 33,93 | 17,86 | 4,38 | 100   |
| Waswanipi      | N      | 362   | 302   | 579   | 265   | 75   | 1583  |
|                | %      | 22,87 | 19,08 | 36,58 | 16,74 | 4,74 | 100   |
| Oujé-Bougoumou | N      | 180   | 115   | 228   | 85    | 22   | 630   |
|                | %      | 28,57 | 19,25 | 36,19 | 13,49 | 3,49 | 100   |
| Mistissini     | N      | 654   | 576   | 1092  | 495   | 110  | 2927  |
|                | %      | 23,34 | 19,68 | 37,31 | 16,91 | 3,76 | 100   |
| TOTAUX         | N      | 3192  | 2791  | 4821  | 2437  | 569  | 13810 |
|                | %      | 23,91 | 20,21 | 34,91 | 17,65 | 4,12 | 100   |

L'isolement est un facteur important pour les cinq communautés de la Côte et Nemaska. Celles-ci doivent, dans une proportion de 90 % des cas, utiliser l'avion pour recevoir des soins de santé spécialisés, les distances à parcourir pour rejoindre les hôpitaux au sud du territoire étant considérables.

Les communautés de Waswanipi, Oujé-Bougoumou et Mistissini utilisent la route pour aller vers les hôpitaux de Chibougamau et de Val-d'Or, tandis que pour aller à Montréal, chaque cas étant différent, c'est soit par avion, par autobus ou véhicule personnel que le déplacement est effectué.

## 1.2 Langues, valeurs et mode de vie

La langue crie domine à la maison et l'anglais est la langue seconde. Le français est également enseigné à l'école primaire. Autrefois, les Cris menaient une vie semi-nomade. Aujourd'hui, ce mode de vie n'a pas disparu, plusieurs parmi eux assurant leur subsistance par des occupations traditionnelles.

Les communautés cries sont situées dans une forêt boréale sur un terrain relativement plat et près d'importants cours d'eau. Cet environnement géographique est couvert de neige pendant six à huit mois, ce qui ne convient pas au pâturage des animaux domestiques ou de ferme. L'économie crie traditionnelle a toujours été la chasse et la pêche.

Une des conséquences de la CBJNQ a été la création de l'Office de la sécurité du revenu des chasseurs et trappeurs crie. En vertu de son programme, il offre un revenu garanti aux familles qui restent quatre mois ou plus dans leurs territoires de chasse et de trappe. Le programme maintient et renforce ainsi la poursuite des activités traditionnelles. Par contre, les familles doivent parfois laisser leurs enfants d'âge scolaire au sein de la communauté, dans une famille d'accueil.

Le taux de chômage est élevé surtout chez les 18-30 ans. Vu le taux de croissance élevé prévu dans ce groupe d'âge pour les années à venir,

on devrait s'attendre à une situation d'emploi extrêmement problématique. Il faut axer prioritairement les efforts sur la création d'emplois pour les jeunes afin d'éviter les conséquences économiques et sociales du chômage.



Toutes les communautés vivent une crise du logement. En effet, 4 200 Cris ont besoin de leur propre unité de logement, c'est-à-dire 33 % de la population. Il y a 800 familles avec enfants et 1 400 célibataires qui vivent dans des maisons surpeuplées ou à l'extérieur de la communauté. La situation crie est hautement alarmante comparativement aux autres groupes autochtones du Québec et à celle de la province en général (5,2 individus par maison, comparé à 2,1 par maison québécoise).

Ces dix dernières années, les changements culturels et sociaux se sont produits particulièrement vite pour les communautés cries,

surtout à cause de l'influence de la société nord-américaine. La construction de routes, la fréquence des vols, la radio, la télévision et l'installation de téléphones dans les maisons sont des exemples de ces changements.

De nomades, les Cris sont devenus sédentaires. Ils ont cependant conservé deux périodes d'un mois dans l'année où ils vont à la chasse à l'outarde (*Goose Break*). Durant ces périodes, la majorité de la population quitte le village pour un camp de chasse. Parfois, se rendre aux camps nécessite plusieurs heures en canot, en hélicoptère ou en avion.

Cette pratique a des répercussions directes sur la façon de dispenser les soins auprès de ces gens. À cette fin, des infirmières et des médecins ont créé un outil de travail, le *Bush Kit*.

## 2. Orientations en matière de politique de santé

Le budget du CCSSSBJ provient principalement du gouvernement provincial. Par ailleurs, les programmes de soins à domicile, de lutte contre le diabète, l'abus de drogues et d'alcool sont soutenus par des fonds du gouvernement fédéral.

Le Conseil assume la responsabilité entière de la santé des communautés autochtones sur le territoire. Sa mission est d'offrir des soins et des services sociaux de première et de deuxième lignes de nature préventive et curative. Il doit aussi assurer des services pour personnes âgées ou en perte d'autonomie.

Les orientations en santé sont principalement établies en fonction des constats relatifs à l'espérance de vie, à la mortalité infantile et à l'état de santé de la population. On procède aussi à l'implantation de centres de jour pour adultes en perte d'autonomie.

### 2.1 Espérance de vie et mortalité infantile

Entre 1984 et 1998, les données relatives à l'espérance de vie et à la mortalité infantile montrent une détérioration de la situation, et l'écart s'est accru avec le reste du Québec.

Au cours des cinq dernières années, le taux de mortalité infantile a été presque trois fois plus élevé que celui de la moyenne provinciale (14,9 vs 5,4 par 1000 naissances vivantes, à cause de la leucoencéphalopathie).

Tableau sur la mortalité infantile

| Période   | Région crie | Province de Québec |
|-----------|-------------|--------------------|
| 1984–1988 | 10,7 % (+)  | 7,1 %              |
| 1989–1993 | 12,1 % (+)  | 6,1 %              |
| 1994–1998 | 14,9 % (+)  | 5,4 %              |

(+) Chiffre significativement plus élevé que pour le reste du Québec.

Tableau sur l'espérance de vie

| Période   | Région crie |        |       | Province de Québec |        |       |
|-----------|-------------|--------|-------|--------------------|--------|-------|
|           | Hommes      | Femmes | Total | Hommes             | Femmes | Total |
| 1984–1988 | 72,6        | 74,2   | 73,3  | 72,2               | 79,7   | 75,9  |
| 1989–1993 | 73,6        | 75,6   | 73,9  | 73,6               | 80,8   | 77,2  |
| 1994–1998 | 73,0        | 73,0   | 73,3  | 74,6               | 81     | 77,8  |

Note : À cause du petit nombre de personnes âgées dans la population totale, ces chiffres sont approximatifs.

## 2.2 État de santé

Constatations tirées des statistiques sur l'état de santé

- Le taux de mortalité par cancer est plutôt plus bas (149,9 vs 217,5 par an).
- Le taux de mortalité pour causes respiratoires est plus élevé (149,9 vs 64,3 au Québec).
- Le taux de mortalité par diabète est plus élevé (42,5 vs 19,2).
- Les décès pour causes gastro-intestinales étaient plus communs (54,7 vs 26,5).
- Le taux de mortalité par accident automobile est aussi plus élevé (26,7 vs 11,2).
- Le taux de tabagisme est plus élevé que celui du Québec en général pour les hommes (46 % vs 32 %) et pour les femmes (37 % vs 29 %), bien que le nombre de cigarettes fumées soit plus bas (37 % de fumeurs crûs consommaient 11 cigarettes ou plus par jour comparé à 76 % de Québécois).
- Le taux de tabagisme est plus élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans : 61 % d'entre eux sont des fumeurs réguliers et 16 %, des fumeurs occasionnels, pour un total de 77 % qui fument. Ce total se compare avec 50 % des 25 à 44 ans, 24 % des 45 à 64 ans et 23 % des 65 ans et plus.
- Les habitudes alimentaires sont basées sur une nutrition axée sur les denrées des supermarchés.
- La chlamydia est la maladie à déclaration obligatoire la plus commune, avec 84 cas en 1999. Le taux est de 813 par 1 000 par an, comparé à 87 pour le reste du Québec. Le taux de gonorrhée en 1995-1999 était de 38,7 cas par 1 000 par an, comparé à 7,5 dans le reste du Québec en 1997.
- Aucun cas de sida n'a été rapporté. Le petit nombre de données disponibles sur le VIH est peu concluant.
- En 2000, 11 % des adultes (15 ans et +) ont reçu un diagnostic de diabète. Plus de 30 % des adultes de 50 ans et plus sont affectés.
- Le niveau d'obésité est élevé et a augmenté selon les trois dernières enquêtes (1983, 1989 et 1991) ; 10 % des hommes et 28 % des femmes avaient un index de masse corporelle de 35 ou plus en 1991.
- 8 % des bébés souffrent d'une carence en fer avec un taux d'hémoglobine de 100 g/l, comparé à 1,1 % chez les bébés canadiens non autochtones.
- 45 cas de leucoencéphalopathie et d'encéphalite ont été rapportés durant les 20 dernières années.
- Le taux de carie dentaire est de 100 % chez les enfants âgés de 5 ans à Chisasibi, comparé à 25 % pour le reste du Québec.



## 2.3 Priorités sociales

Les priorités et préoccupations relatives au contexte social sont les suivantes :

- On observe une perte de l'effet protecteur du mode de vie traditionnel, occasionnée par l'augmentation marquée du mode de vie sédentaire, en raison du déclin constant de l'économie traditionnelle et des déséquilibres entre la création d'emplois et la croissance continue de la population.
- Le taux de grossesses chez les adolescentes a atteint :  
23 % chez les 20 ans et moins, comparé à 4,7 % pour le reste du Québec ;  
8,1 % chez les 18 ans et moins (1,3 % pour le reste du Québec).
- On déplore le manque d'installations récréatives.
- La consommation d'alcool et l'usage de drogues amènent à constater des problèmes croissants de négligence parentale, d'abus et de violence conjugale et une augmentation des accidents de la route, responsables de plusieurs décès. Par contre, la majorité des Cris (70 %) reconnaissent que les bagarres en public, la négligence des enfants (68 %) et la violence conjugale (64 %) sont de sérieux problèmes (Santé Québec, 1991) affectant la sécurité publique et la paix sociale.
- L'enlèvement forcé d'enfants sur plusieurs générations pour les envoyer au pensionnat est reconnu comme étant source de plusieurs problèmes dans le milieu, dont la perte d'identité culturelle.
- L'assistance sociale ou l'assurance-emploi varient d'une communauté à l'autre, selon la saison et le genre de travail. La nature saisonnière des programmes gouvernementaux et le fait que certains reçoivent de l'aide sociale du fédéral ou de l'assurance-emploi rendent difficile l'évaluation du niveau de dépendance envers ces fonds. En 1995-1996, 22,7 % de la population vivait de la chasse et de la pêche, grâce au programme de l'Office de la sécurité du revenu des chasseurs et trappeurs cris.

## 3. Organisation des soins et des services

### 3.1 Types d'établissements

Il y a deux types d'établissements :

- un hôpital régional situé à Chisasibi qui comprend :
  - 27 lits de soins de courte durée et de soins de longue durée ;
  - une unité de six lits d'hémodialyse (expansion à venir) ;
  - une clinique externe et une urgence ;
  - un département de santé communautaire qui relève du CLSC de la Côte ;
- deux CLSC répartis comme suit :
  - CLSC de la Côte qui comprend quatre dispensaires : Wemindji, Eastmain, Waskaganish, Whapmagoostui et le département de santé communautaire situé dans l'hôpital ;
  - CLSC de l'Intérieur qui comprend aussi quatre dispensaires : Nemaska, Mistissini, Waswanipi, Oujé-Bougoumou.

Chacune de ces entités administratives relève d'un directeur et de coordonnateurs Santé et Services sociaux. Elles sont indépendantes l'une de l'autre sur le plan administratif.

Les huit dispensaires répartis sur le territoire offrent des services de première ligne et tous les programmes de santé communautaire.

Les fonds gouvernementaux ont permis l'élaboration et l'implantation des programmes de soins à domicile et de diabète ainsi que la création de centres de jour pour adultes en perte d'autonomie.

### 3.2 Liens avec d'autres établissements ou organisations

Des ententes de service ont été conclues avec les hôpitaux suivants :

- l'Hôpital général de Montréal
- l'Hôpital de Montréal pour enfants
- l'Hôpital Royal Victoria – Allan Memorial
- l'Hôpital Saint-Sauveur de Val-d'Or
- l'Hôtel-Dieu d'Amos (orthopédie)
- le Centre hospitalier de Rouyn-Noranda (périnatalité).

Des ententes de service ont également été conclues avec plusieurs centres à caractère social, tels que le Centre de désintoxication, à Maria (Gaspésie), celui d'Oka et d'autres.

Des liens existent également avec les organisations locales telles que le Conseil de bande, l'Association des trappeurs, la Radio communautaire, l'Association des personnes âgées, le Service de police, l'école et le journal local. Il y a aussi collaboration avec les employés du poste de police local et de l'école.





## 4. Situation particulière des dispensaires et points de services

### 4.1 Pratique infirmière en dispensaire

La pratique infirmière s'inscrit dans l'approche des soins de première ligne et intègre les soins préventifs, curatifs et de réadaptation. Souvent, l'infirmière demeure la seule ressource professionnelle en matière de santé, assurant un service de 24 heures dans la communauté. Son rôle spécifique nécessite qu'elle soit polyvalente. Elle doit posséder des compétences précises, notamment en évaluation diagnostique, en intervention/traitement et en pharmacologie. Les infirmières consultent sur une base régulière d'autres professionnels de la santé.



#### 4.1.1 Fonctions spécifiques

La pratique infirmière en dispensaire comprend les fonctions et responsabilités suivantes :

- assurer les services de première ligne en tout temps ;
- assurer la gestion des vaccins (conservation, entreposage et transport appropriés), de la pharmacie (commande et organisation des médicaments, responsabilité des narcotiques), des urgences médicales, comme par exemple l'évacuation médicale (organiser les services durant le transport et prévoir une escorte médicale lorsque nécessaire), des dossiers (mise à jour du dossier et vérification pour s'assurer que tous les renseignements sont consignés) ;
- procéder aux évacuations médicales ;
- collaborer à l'élaboration des programmes de santé communautaire :
  - transmettre les renseignements qui peuvent aider à établir les besoins de santé de la population desservie ;
  - fournir des données statistiques au moyen des feuilles de consultation prévues à cet effet ;
  - déterminer les ressources communautaires du milieu ;
- mettre en application les programmes de santé communautaire ;
- pourvoir aux tâches administratives du dispensaire ;
- assurer la confidentialité.

#### Évacuation médicale

Les évacuations médicales se font principalement par avion, car l'éloignement ne permet pas l'utilisation d'un véhicule d'urgence à cause de la distance (dix heures de Chisasibi à Val-d'Or) et de l'accès routier difficile de certains villages (Nemaska, Wemindji, Eastmain et Waskaganish ont une route d'accès de 100 km en gravier et Whapmagoostui n'a aucun accès routier). Par contre, pour les communautés près de Chibougamau, les évacuations se font majoritairement par la route et l'infirmière est présente comme escorte médicale.

Parfois, les conditions météorologiques ne permettent pas l'évacuation médicale. L'approche radar n'est utilisée que dans un seul aéroport sur tout le territoire. Les avions ne sont pas toujours disponibles de façon rapide puisqu'une seule compagnie dessert ces communautés (un seul avion est disponible). L'avion disponible est souvent utilisé pour une autre évacuation et le temps d'attente peut être très long (parfois de 3 à 6 heures). Il y a bien le Challenger du gouvernement provincial, mais seulement La Grande et Whapmagoostui peuvent recevoir ce type d'avion.

Toutes ces évacuations doivent aussi être orchestrées par les infirmières. Celles-ci appellent la compagnie aérienne, doivent aviser un agent d'aéroport dans le village de la venue de l'avion, car les pilotes ont souvent besoin

de refaire le plein d'essence avant de repartir. Elles doivent aussi remplir tous les formulaires de transfert du patient, mais également toute la facturation s'y rattachant, et planifier l'arrivée du patient avec les Services aux patients du point d'arrivée (Val-d'Or ou Montréal).



#### 4.1.2 Soins et traitements prodigués par l'infirmière

En dispensaire, l'infirmière doit coordonner les soins selon les besoins de la population en lien avec les programmes et les éléments de contexte suivants :

- contrôle et surveillance des maladies transmissibles et infectieuses
  - santé de la mère et de l'enfant
  - santé de l'enfant d'âge préscolaire et de l'adolescent
  - santé des adultes, y compris les maladies chroniques, la santé des personnes âgées et la santé de la famille
  - santé des femmes, y compris la planification des naissances, etc.
  - santé mentale, y compris la prévention du suicide, l'intervention en situation de crise, la relation d'aide et la gestion du stress
  - santé dentaire
  - soins infirmiers à domicile
  - violence familiale, abus physique ou sexuel et autres situations de crise
  - abus d'alcool, drogues et solvants
  - prévention des traumatismes
  - nutrition, y compris le contrôle du poids
  - habitudes de vie saines
  - santé environnementale
- gestion de catastrophes (feu, perte de l'électricité, etc.), plan d'urgence
  - santé et sécurité au travail

L'infirmière est aussi appelée à fournir les traitements suivants :

- immunisation
- perfusion IV, ponction veineuse, injection
- contrôle des hémorragies
- RCR, y compris les nouveau-nés
- insertion du combitube, en urgence seulement
- insertion d'un tube nasogastrique et lavage d'estomac
- examen des yeux, y compris l'irrigation et la coloration à la fluorescéine
- pose d'une attelle et immobilisation, y compris l'utilisation de colliers cervicaux et de la planche dorsale
- évaluation du travail et de l'accouchement ; utilisation de médicaments d'urgence (obstétrique)
- application du protocole de traitement des victimes d'abus sexuels
- dépistage et traitement des maladies transmissibles et infectieuses, recherche des contacts et suivi
- traitement temporaire des clients lors d'urgences dentaires (dents cassées ou mâchoire fracturée)



- enlèvement de dispositifs intra-utérins
- l'enseignement de l'auto-examen des seins et des testicules
- techniques d'allaitement, y compris l'extraction du lait maternel
- dialyse péritonéale ambulatoire
- premiers soins d'urgence
- intervention en situation de choc anaphylactique
- chimioprophylaxie de certaines maladies infectieuses et tuberculose
- insertion de cathéters vésicaux
- traitement de blessures, y compris l'infiltration de la plaie au moyen d'une anesthésie locale, la gestion des plaies et sutures de lacérations simples
- enlèvement de corps étrangers non pénétrants
- incision et drainage des abcès
- installation d'une perfusion intra-osseuse en extrême urgence seulement
- enlèvement de plâtre
- dépistage relatif à la vision et à l'audition (lavage d'oreille)
- dépistage des problèmes de développement et de croissance
- dépistage de maladies chroniques
- administration de l'oxygène et thérapie en aérosol

- maintien des fonctions vitales, y compris la réanimation avec réanimateur manuel (Ambubag), un masque de poche, et l'insertion d'une canule oropharyngée
- utilisation du moniteur cardiaque ou de l'ECG portatif
- décompression de la cage thoracique après consultation médicale
- utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique en ACR
- procédure de dépistage VIH/sida
- utilisation de la trousse médico-légale dans les cas de viol
- procédures associées à une naissance ou à un constat de décès
- gestion et transport des déchets bio-médicaux et des matières dangereuses
- administration de médicaments selon le guide thérapeutique ou les ordonnances médicales téléphoniques

#### 4.1.3 Actes médicaux

Les actes médicaux posés par l'infirmière en dispensaire sont :

- nettoyage et aseptie d'une plaie – exploration et débridement
- anesthésie de plaies simples
- bloc annulaire
- suture de plaies simples et Stéri-Strip

- paquetage nasal pour saignement postérieur avec sonde Foley n° 10 et gaze vaselinée
- enlèvement d'un hameçon enfoncé dans la peau
- enlèvement d'un stérilet
- mesure de la pression oculaire
- évaluation d'une fracture et/ou dislocation
- réduction de luxation de l'épaule et dislocation
- immobilisation plâtrée pour fracture non déplacée
- attelle plâtrée et principes généraux d'immobilisation
- immobilisation cervicale et transport de patients avec suspension de pathologie cervicale
- ventilation avec Ventimak
- détermination des hypothèses diagnostiques pour les pathologies courantes décrites dans le guide thérapeutique
- prescription et distribution des médicaments selon des ordonnances permanentes
- lors de situations d'urgence, effectuer un accouchement et la réanimation d'un nouveau-né, etc.



#### 4.2 Autres aspects particuliers concernant la pratique infirmière

La pratique infirmière en dispensaire comporte également des caractéristiques particulières par rapport aux aspects suivants :

- Isolement et adaptation au milieu.
- L'infirmière est responsable du fonctionnement de la clinique sur le plan de la gestion du personnel, du service de maintenance et de l'entretien ménager ; elle assume la responsabilité de corriger la situation.
- Conciliation difficile de la vie professionnelle et de la vie privée.
- Disponibilité en tout temps ; assure la garde 24 heures sur 24, 7 jours par semaine à tour de rôle.
- Manque de formation et de préparation pour composer avec une dimension culturelle différente : langue, croyances et pratiques de santé, habitudes alimentaires, valeurs, dynamique familiale, mode de relations sociales et traditions. À noter que sur le plan de la langue, même en ayant recours à des interprètes, l'information peut être biaisée ou tout simplement filtrée.
- À cause de l'isolement, le matériel spécifique requis peut prendre des semaines avant de parvenir à destination.
- Peu de contacts avec les autres équipes de professionnels ou avec des collègues (équipes multidisciplinaires).
- Conditions sanitaires douteuses.
- Confidentialité très difficile à observer.
- Manque de personnel de soutien qualifié (secrétaires, interprètes, préposées aux archives), ce qui contribue à augmenter le travail de bureau de l'infirmière.
- L'hôpital du territoire assure les services de radiologie. Les dispensaires sont reliés par système informatique en ce qui concerne le service de laboratoire.
- Les infirmières doivent souvent travailler avec du personnel de services connexes peu formé.
- Les lieux physiques de certains dispensaires sont inadéquats et les salles d'examen sont insuffisantes.
- Il n'y a aucun pharmacien, sauf à Chisasibi et à Mistissini ; ce rôle relève donc de l'infirmière.
- Les infirmières gèrent avec les instances de la communauté des situations d'urgence, telles que l'évacuation de tous les clients malades lors d'une alerte de feu de forêt, comme cela s'est produit à quelques reprises sur le territoire.

### 4.3 Principaux problèmes de santé de la population et situations requérant des soins d'urgence

Les principaux problèmes de santé de la population sont les suivants :

1. infections et inflammations
2. allergies et réactions allergiques
3. lacérations et plaies
4. affections ophtalmiques
5. affections en ORL
6. problèmes dentaires
7. problèmes alimentaires
8. déshydratation
9. gestion des affections chroniques telles que hypertension, diabète et autres problèmes endocriniens
10. hémorragies et épistaxis
11. affections respiratoires
12. affections cardiovasculaires aiguës, y compris les AVC
13. affections neurologiques
14. urgences obstétricales, y compris travail prématuré, menace d'avortement et accouchements
15. affections gynécologiques
16. affections urologiques
17. affections génito-urinaires
18. maladies transmissibles
19. affections gastro-intestinales
20. abdomen aigu
21. empoisonnements alcooliques aigus et intoxications
22. affections du système locomoteur, y compris fractures, blessures des articulations et blessures du tissu congestif
23. blessures thermiques causées par la chaleur ou le froid
24. évaluation et traitement des traumatismes
25. troubles convulsifs, y compris convulsions fébriles
26. problèmes de santé mentale et psychiatrie
27. tentatives de suicide

Situations requérant des soins d'urgence en l'absence de médecin, notamment :

- lacérations, fractures, traumatismes, brûlures, blessures par balle
- problème cardiaque et AVC
- abdomen aigu
- santé mentale/situation de crise
- menace d'avortement (contractions et/ou saignement)

#### 4.4 Effectifs infirmiers

Il y a 63 infirmières qui exercent sur le territoire. Le tableau suivant indique le nombre d'infirmières dans chacune des communautés, leur formation et leur nombre d'années d'expérience.

|                | Population | Nombre d'infirmières | Formation         | Moyenne d'années d'expérience |
|----------------|------------|----------------------|-------------------|-------------------------------|
| Whapmagoostui  | 777        | 4                    | 3 tech. + 1 bac.  | 8 ans                         |
| Wemindji       | 1189       | 4                    | 3 tech. + 1 bac.  | 6 ans                         |
| Eastmain       | 572        | 3                    | 1 tech. + 2 bac.  | 4 ans                         |
| Waskaganish    | 2109       | 5                    | 4 tech. + 1 bac.  | 5 ans                         |
| Némaska        | 616        | 3                    | 2 tech. + 1 bac.  | 3 ans                         |
| Waswanipi      | 1583       | 5                    | 5 tech.           | 7 ans                         |
| Ouje-Bougoumou | 630        | 3                    | 2 tech. + 1 bac.  | 1,5 an                        |
| Mistissini     | 2927       | 8                    | 8 tech.           | 5 ans                         |
| Chisasibi      | 3410       | 24 Hôpital           | 18 tech. + 6 bac. | 5 ans Hôpital                 |
|                |            | 4 Santé comm.        | 1 tech. + 3 bac.  | 3 ans Santé comm.             |
| <b>Total</b>   |            | <b>63</b>            | <b>47</b>         | <b>16</b>                     |
|                |            |                      |                   | <b>4,7</b>                    |

En se référant à ce tableau, on constate que 26 % des infirmières possèdent un baccalauréat. La moyenne générale d'expérience en soins infirmiers sur le territoire est de 4,7 années. Le taux de roulement s'établit à plus ou moins 50 % aux deux ans.

#### 4.5 Collaboration avec les médecins et les autres professionnels

La plupart du temps, des appels téléphoniques sont effectués pour rejoindre le médecin de garde au centre hospitalier. Les discussions des cas et des urgences au téléphone sont suivies d'un ordre verbal de traitement, du suivi des patients ou d'un transfert, s'il y a lieu. Lorsque cela s'avère nécessaire, les noms des patients sont placés sur une liste pour la visite médicale suivante. Il y a une visite médicale une semaine par mois dans certains dispensaires alors que dans d'autres, elles sont plus fréquentes. Plusieurs spécialistes visitent le territoire régulièrement et travaillent conjointement avec les infirmières. D'autres professionnels de la santé tels qu'un physiothérapeute, un ergothérapeute, une nutritionniste, des travailleurs sociaux sont aussi consultés par les infirmières des communautés et travaillent en étroite collaboration.

## Références

Lefebvre, A. (2002) *Needs Assessment of the Elderly and Disabled in Eeyou Istchee*.

Cree Board of Health and Social Services of James Bay. (2002) *Regional Plan on Capital Projects 2002*.

St-Gelais, M. et Martin, C. (1998) *L'exercice infirmier en milieu isolé*, Montréal, Groupe des responsables des soins infirmiers en région isolée.







188-2



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec