

Rapport sommaire

Vaccination de masse contre la pandémie de grippe H1N1 2009

au Nouveau-Brunswick

Communautés des Premières nations

Bureau du médecin-hygiéniste en chef

Santé

Juin 2010

Remerciements

Sincères remerciements à l'ensemble des personnes qui ont participé au programme de vaccination de masse contre la grippe H1N1 dans les communautés des Premières nations au N.-B. et à la préparation du présent rapport.

Table des matières

Introduction	4
Méthodes	5
Résultats	7
Conclusions:	10
Références	12
APPENDICE	13

Introduction

À la fois art et science, la santé publique (SP) est axée sur la prévention de la maladie, le prolongement de la vie et la promotion de la santé de l'ensemble de la population, tant sur le plan individuel que collectif, par le truchement des efforts concertés de la société (Last, 2001). La pratique de la SP englobe une gamme d'activités réalisées par les différents ordres de gouvernement en collaboration avec une grande variété d'intervenants et de communautés. Les interventions de la santé publique visent principalement à prévenir plutôt qu'à traiter une maladie au moyen de la surveillance de cas et la promotion de comportements sains, comme la vaccination.

Le rôle du Bureau du médecin-hygiéniste en chef du Nouveau-Brunswick (BMHC) consiste à planifier, à financer et à effectuer la surveillance des programmes de santé publique relevant de sa responsabilité, qui comprennent la vaccination, de même que d'assurer la prestation de certains services de santé publique. Dans la province, la Santé publique est divisée en quatre régions, chacune comptant un médecin-hygiéniste dans son effectif. Les médecins-hygiénistes régionaux agissent au nom du BMHC en vue de fournir un soutien à la mise en œuvre des politiques, et dans le cas présent, de la vaccination. Ils sont les spécialistes en médecine communautaire des équipes régionales.

Le programme de vaccination du Nouveau-Brunswick est réalisé par différents groupes de vaccinateurs, dont le personnel des services de santé publique des RRS constitue l'un des principaux. Il y a deux régions régionales de la santé dans la province, soit la RRS A et le Réseau de santé Horizon (anciennement connu sous le nom de RRS B), responsables de la mise en œuvre des décisions politiques dans chacune de leurs régions de la manière qu'elles estiment être la plus efficiente et efficace selon la composition de leur population et la nature de leurs ressources¹.

Les infirmières et infirmiers immatriculés de la province sont autorisés vacciner les clients, mais ces professionnels de la santé doivent posséder des compétences dans la pratique de l'immunisation et détenir une directive médicale qui leur permet d'administrer de l'épinéphrine conformément au protocole de gestion de l'anaphylaxie du Nouveau-Brunswick. L'employeur et le personnel infirmier partagent la responsabilité de la formation et des compétences des infirmières et infirmiers. Le personnel reçoit habituellement la formation nécessaire au moment de l'embauche, puis le degré de compétence est déterminé par la pratique. Les infirmières et infirmiers en santé publique des RRS reçoivent une formation en vaccination à l'embauche. La directive médicale concernant le personnel infirmier en santé publique des RRS est émise par le médecin-hygiéniste de la région. Les RRS fournissent les services de vaccination lors de séances dans une variété d'établissements comme les cliniques de santé publique, les écoles et les bureaux de médecins. Les RRS se procurent les vaccins du Dépôt de sérum central et sont responsables de gérer l'entreposage, la manipulation et la distribution ainsi que de faire l'acquisition des équipements nécessaires à la vaccination, comme les aiguilles et les seringues.

Les membres des communautés des Premières nations reçoivent également les services de vaccination financés par la Province dans une variété d'établissements : bureaux de médecins, centres de santé communautaire des Premières nations, bureaux de la Santé publique et écoles du réseau public. Lorsqu'une infirmière ou un infirmier en santé communautaire (ISC) procède à la vaccination dans un centre de santé des Premières nations, le même protocole s'applique, c'est-à-dire que cette personne doit posséder les compétences nécessaires pour mettre en œuvre et gérer un programme communautaire d'immunisation et détenir une directive médicale. Les directives médicales relatives à la vaccination à l'intention des ISC sont obtenues des bandes par le truchement d'une variété de modèles qui diffèrent d'une collectivité à l'autre. Les

¹ Extrait du **Plan du Nouveau-Brunswick contre la pandémie d'influenza dans le secteur de la santé, annexe sur la santé publique**, version 1 — 10 septembre 2009.

ISC peuvent avoir recours aux ressources suivantes en soutien de leur pratique : le *Guide d'immunisation du Nouveau-Brunswick*, d'autres ISC, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de la région de l'Atlantique, le coordonnateur de la vaccination de la DGSPNI, ainsi que les relations professionnelles avec les équipes de vaccination des RRS. Les vaccins pour le programme communautaire d'immunisation proviennent du Dépôt de sérum provincial et sont gérés par un membre du personnel infirmier. Les aiguilles et les seringues sont fournies par le programme de santé des bandes. Les programmes communautaires de vaccination des Premières nations ne sont pas actuellement intégrés aux programmes de RRS. Par exemple, les programmes des Premières nations ne font pas rapport des cas de vaccination directement dans le registre de vaccination de la base de données centrale, le Système de prestations de services aux clients (SPSC).

Vaccination de masse

La vaccination de masse consiste en une réponse efficace et efficiente ayant pour but ultime de contrôler l'éclosion d'une maladie infectieuse au moyen de l'immunisation des groupes à risque par la mobilisation des ressources nécessaires (régionales et, au besoin, provinciales), de la prestation de services de vaccination de manière sécuritaire dans les meilleurs délais ainsi que de la surveillance de la sûreté et de l'efficacité du programme d'immunisation. Lors d'une campagne de vaccination de masse, la responsabilité de la Santé publique de la Province consiste à:

- de se procurer et de distribuer les vaccins aux RRS;
- déterminer les séquences de vaccination;
- recruter les médecins et le personnel affectés aux séances de vaccination;
- élaborer une directive médicale;
- concevoir du matériel éducatif à l'intention des professionnels et du public;
- communiquer avec le public;
- recueillir et analyser les données relatives à la vaccination, et produire les rapports pertinents.

Les RRS sont responsables de la mise en œuvre des politiques du BMHC et de gérer le programme de vaccination.

Méthodes

Le premier cas de la pandémie de grippe H1N1 au Nouveau-Brunswick a été confirmé en laboratoire le 28 avril 2009. Alors que la première vague déclinait, on a procédé, au cours de l'été, à la planification du programme de vaccination contre la grippe H1N1 en préparation à l'apparition de la seconde vague de la pandémie. Tenant compte des graves répercussions qui avaient été observées chez les populations autochtones habitant sur des réserves ailleurs au Canada, le ministère de la Santé a donné une place prioritaire à la vaccination des Autochtones du Nouveau-Brunswick dans sa planification. Le 18 août, les chefs des Premières nations, les directeurs des services de santé des communautés, le ministre et le sous-ministre de la Santé, le médecin-hygiéniste en chef, les sous-ministres adjoints, des représentants de la RRS A et du Réseau de santé Horizon et des employés de la Division des politiques et du BMHC du ministère de la Santé ont tenu une rencontre afin de discuter des mesures à prendre en vue de la vaccination de masse contre la grippe H1N1 des membres des Premières nations. Au cours de cette rencontre, le ministère de la Santé a déclaré aux chefs des Premières nations que le programme de vaccination contre la grippe H1N1 pour les communautés des Premières nations était une priorité ministérielle. Il a présenté une ébauche de cadre² de communication relativement à la grippe H1N1 entre le MS, le BMHC, les bureaux de la santé publique des RRS ainsi que les chefs et le personnel des communautés des Premières nations (voir l'appendice), et

² Préparé par le Centre des opérations d'urgence (COU) du ministère de la Santé.

ce projet a fait l'objet d'une discussion. Le cadre de communication décrit les rôles et responsabilités du MS et des RRS en matière de communication avec les communautés des Premières nations du Nouveau-Brunswick concernant la planification sur la pandémie de grippe H1N1 et la réponse s'y rapportant, pour faire en sorte qu'un lien explicite de communication soit établi avec chacune des Premières nations. Toutes les parties ont partagé l'avis que le modèle de communication proposé pour la deuxième vague de la pandémie était adéquat. À l'issue de la réunion, les participants ont convenu que le personnel de santé publique des RRS prendrait contact avec les communautés des Premières nations de leur région afin de perfectionner la planification. La section qui suit décrit les processus mis en place à l'échelle provinciale et régionale pour la vaccination de masse contre la grippe H1N1 dans les communautés des Premières nations.

A. Processus provinciaux

Dans le but d'assurer la vaccination contre la grippe H1N1 de manière sécuritaire et équitable dans toute la province, il a été nécessaire de rationaliser les processus et, par conséquent, de concevoir un plan de programme de vaccination pour les séances dans les communautés des Premières nations. Un modèle a été élaboré pour appuyer les équipes de vaccination des RRS en vue de la mise en œuvre du programme de vaccination de masse contre la grippe H1N1 dans chacune de ces communautés.

Le MS et les RRS ont maintenu une communication ininterrompue au cours de cette période, ce qui a fourni des occasions pour des discussions ouvertes, des périodes de questions et réponses, et donné l'assurance qu'une planification concertée était en cours. Puisque les communautés des Premières nations, leur situation géographique et la prestation des programmes de santé publique locaux diffèrent dans la province, il a fallu individualiser les composantes opérationnelles des plans pour chaque collectivité.

B. Processus régionaux

Des rencontres ont eu lieu dans chaque région géographique des RRS entre les représentants des RRS en matière de santé publique auprès des Premières nations et les équipes de planification des Premières nations. Ces représentants se sont rendus dans chaque collectivité pour discuter des plans individuels et des ressources. Le médecin-hygiéniste régional et les gestionnaires régionaux en santé publique ont également visité les communautés pour animer des séances d'information afin de contribuer à atténuer la peur ou l'angoisse entourant le vaccin contre la grippe H1N1.

Dans le cas de la grippe H1N1, les équipes de vaccination des services de santé publique des RRS étaient responsables de gérer la distribution, l'entreposage et la manipulation des vaccins, de même que de procurer les fournitures et de gérer les données. Les équipes de vaccination des RRS se sont rendues dans chacune des communautés des Premières nations avec les fournitures et les vaccins, et la collectivité a apporté sa contribution en déterminant un emplacement approprié, recrutant des bénévoles, préparant les lieux, fournissant les listes des personnes devant être vaccinées, gérant le flux de communication avec la bande et les membres de la collectivité, de même qu'en fournissant des articles comme des collants pour les enfants, des rafraîchissements pour les personnes qui éprouvaient des malaises et des services spéciaux pour les aînés. La direction pour la composante des Premières nations du plan différait dans chaque collectivité et pouvait être assumée, soit par le directeur des services de santé, le chef, des ISC et des membres du personnel de la collectivité ainsi que des bénévoles. Les équipes de vaccination des RRS avaient la responsabilité de former pour la vaccination les infirmières et infirmiers travaillant auprès des communautés des Premières nations.

Le campus de l'Université du Nouveau-Brunswick (UNB) à Fredericton étant situé dans la région géographique du Réseau de santé Horizon et de trois communautés des Premières nations, la

faculté des sciences infirmières de l'UNB, par le truchement du programme de soins infirmiers en santé communautaire, avait déjà établi des partenariats avec ces trois communautés. Cette collaboration continue a été très appréciable durant la mise en œuvre du programme de vaccination de masse contre la grippe H1N1. Les membres du corps professoral et les étudiants de l'UNB connaissent bien ces communautés et ont donc été en mesure d'offrir des suggestions pour la planification dans chacune d'elles en matière de besoins pour les séances de vaccination et de collaboration avec les membres. Les groupes cliniques en sciences infirmières de l'UNB ont également été intégrés dans les séances de formation des RRS.

Résultats

Le 28 janvier 2010, le BMHC a tenu une séance de débriefage à l'intention des chefs des Premières nations, des directeurs des services de santé et des ISC. Cette rencontre avait pour but de donner l'occasion aux chefs et à leurs équipes de santé de formuler leurs commentaires sur les programmes de vaccination contre la grippe H1N1 dans leurs communautés respectives. La rencontre a débuté par une ouverture traditionnelle et s'est terminée par une cérémonie de clôture animée par un aîné. Les représentants des Premières nations ont assisté en personne, et les chefs ont participé par téléconférence. Parmi les autres personnes présentes se trouvaient le sous-ministre de la Santé, le médecin-hygiéniste en chef, le médecin-hygiéniste en chef adjoint, les médecins-hygiénistes régionaux, des membres du personnel de la Direction des politiques et de la planification ainsi que du BMHC du MS, l'équipe de la DGSPNI de la région de l'Atlantique et les directeurs des services de santé publique des RRS. Les techniciens en santé de MAWIW et de l'Union des Indiens du Nouveau-Brunswick, de même que des représentants de l'Atlantic Policy Congress étaient également présents. Le médecin-hygiéniste en chef adjoint a présenté un aperçu des données sur la vaccination contre la grippe H1N1 et des effets du vaccin sur la santé de la population des Premières nations du N.-B. La rencontre s'est poursuivie avec une série de présentations des chefs de chacune des communautés. Le sommaire de leurs commentaires est présenté ci-dessous.

A. Commentaires regroupés des chefs³

Réussites:

Les chefs ont exposé quelques défis relativement aux séances tenues dans leurs communautés respectives. Ils ont toutefois été très heureux de constater que le programme s'est déroulé avec peu de difficultés dans l'ensemble.

Défis:

- La planification dans chaque collectivité a été effectuée pour tenir compte de populations différentes : certaines communautés ont planifié en fonction de la population totale vivant sur la réserve uniquement (comprenant les membres des Premières nations qui ne sont pas nés sur la réserve et ceux qui n'ont pas le statut de membre d'une Première nation); d'autres ont planifié en fonction de tous leurs membres, quel que soit leur lieu de résidence (sur la réserve ou à l'extérieur) ainsi que des personnes sans statut qui vivent sur la réserve, et d'autres encore ont planifié d'immuniser toutes les personnes qui se présenteraient aux séances.
- Les renseignements sur le site du gouvernement du Nouveau-Brunswick ne définissaient pas clairement les groupes cibles pour les séances dans les communautés.
- Une pénurie de vaccins durant la tenue des séances a créé un problème, et certaines communautés ont dû établir des groupes prioritaires. Étant donné que le nombre de vaccins était calculé seulement d'après la population inscrite dans chaque collectivité, certaines d'entre elles ont été obligées de refuser l'accès à des gens.

³ Réunion par téléconférence des chefs du N.-B. avec les participants au débriefage le 28 janvier 2010.

B. Commentaires regroupés des communautés des Premières nations⁴

Une liste sommaire des réussites recueillies de la séance de débriefage, de rapports écrits, de courriels et de conversations téléphoniques est présentée ci-dessous.

Réussites:

- Rencontre de planification du mois d'août entre le MS et les RRS.
- Communications continues avec le Groupe consultatif des Premières nations⁵.
- Le taux de couverture vaccinale des membres des communautés qui se sont présentés aux séances se chiffre de 82 à 100 %⁶. Le fait que les Premières nations aient été ciblées comme groupe prioritaire pour la vaccination constitue un facteur de la réussite du programme.
- La création de partenariats entre les RRS et le personnel de santé des communautés des Premières nations. Les RRS ont déterminé qui étaient les principaux responsables des communications au sein des Premières nations ont ainsi établi des canaux de transmission cohérente des messages et des mises à jour sur la situation. Les médecins-hygiénistes régionaux, les directeurs des services de santé publique des RRS et le personnel des RRS assurant la liaison avec les Premières nations se sont rendus dans les communautés avant le début des séances de vaccination pour répondre aux questions et transmettre de l'information.
- Les séances de vaccination dans les communautés ont créé un certain niveau de confiance et de confort. Les membres des communautés ont signalé avoir été traités avec professionnalisme et respect. Grâce à la tenue de ces séances dans les communautés, les clients ont été accueillis par des personnes qu'ils connaissaient, dont des bénévoles des Premières nations, des membres du personnel et des étudiants de l'UNB, ainsi que des employés du centre de santé et des bandes.
- Les séances ont suscité chez les membres du personnel de la santé publique un intérêt pour mieux connaître les communautés des Premières nations de leur zone de rayonnement.
- La présence de membres du personnel du MS dans les communautés durant les séances a été d'un grand soutien.
- Les communautés ont fait preuve de créativité et ont déterminé des processus qui allaient bien fonctionner chez elles. Quelques exemples : communications à leurs membres au moyen de forums communautaires et d'appels téléphoniques personnels aux parents; élaboration de trousse d'urgence de lutte contre la pandémie et de pochettes d'information pour chaque foyer; mise en œuvre d'une variété de modèles de vaccination de masse, comme les séances pour les enfants qui devaient recevoir une seconde dose de vaccin.
- Le niveau élevé de participation communautaire a contribué à la réussite du programme. Les membres des communautés ont, entre autres, mis des aires d'attente spéciales à la disposition des aînés et des personnes qui avaient besoin de tranquillité; pris des arrangements afin que le personnel du bureau des bandes prête assistance aux séances; se sont assurés de la présence de personnel de sécurité de la collectivité lors des séances; fourni des collants et des prix pour les enfants; procuré des boissons pour les personnes souffrant de malaises ainsi que des soupers et des collations pour le personnel qui travaillait de longues journées.

⁴ Les commentaires recueillis proviennent du personnel infirmier en santé communautaire, des représentants en santé des communautés, des directeurs des services de santé, des étudiants et des membres du corps professoral de l'UNB et du personnel des services de santé publique des RRS.

⁵ Le groupe consultatif des Premières nations du Nouveau-Brunswick est un forum qui peut aborder efficacement les politiques et la planification stratégiques en matière de santé des Premières nations au N.-B.

⁶ Données obtenues de l'équipe d'épidémiologie de la DGSPN, région de l'Atlantique; taux de couverture vaccinale contre la grippe H1N1 chez les Premières nations du N.-B., décembre 2009.

- Les étudiants de l'UNB, accompagnés de leur instructeur, ont vacciné à leur domicile un grand nombre de personnes qui ne pouvaient se déplacer, et ont créé des avis communautaires et des feuillets d'information sur la grippe saisonnière et la pandémie de grippe H1N1.
- Les membres du corps professoral de la faculté des sciences infirmières de l'UNB ont assuré la liaison entre le personnel du centre de santé et de la Santé publique, et les dirigeants des communautés.
- Dans certaines communautés, la participation à la vaccination contre la grippe saisonnière s'est accrue de façon considérable comparativement aux années précédentes du fait que des étudiants de l'UNB administraient les vaccins contre cette forme de grippe.

Défis:

- Le personnel infirmier en santé communautaire œuvrant auprès des Premières nations a eu de la difficulté à déterminer quels membres des communautés et des bandes avaient été vaccinés parce qu'il n'avait pas accès à la base de données provinciale, et certaines communautés n'ont pas reçu de copies papier des formulaires de consentement ou de formulaires d'enregistrement des données (liste de cas) sur les personnes vaccinées.
- Les communications ont constitué un défi. On craignait qu'il y ait pénurie de vaccins pour la collectivité où se tenait la séance de vaccination si un grand nombre de personnes d'une collectivité des Premières nations voisine devait se présenter. Les dirigeants des communautés ont dû faire face à ce dilemme puisqu'il est difficile de refuser des gens; les séances ont toutefois été tenues pour les membres des communautés et des bandes seulement. Les équipes de planification des communautés ont également eu de la difficulté à déterminer qui exactement était admissible.
- Il y avait absence de clarté concernant l'application de la directive médicale par le personnel infirmier en santé communautaire et, par conséquent, certaines ISC se sont fait dire qu'elles ne pouvaient vacciner.
- Du personnel nouveau en santé communautaire a été embauché et devait recevoir une formation immédiatement.
- Les communautés n'ont pas toutes tenu leurs séances de vaccination pendant la même période. Des membres se demandaient pourquoi les séances n'étaient pas tenues dans leur collectivité en même temps que dans les autres. À titre d'exemple, les séances dans une collectivité ont eu lieu trois semaines après que les autres ont tenu les leurs.
- Il était parfois difficile de trouver des endroits adéquats et suffisamment spacieux pour tenir les séances dans la collectivité.
- Les équipes de soins de santé des Premières nations ont eu de la difficulté à comprendre les réseaux du MS et des RRS, et à y naviguer.
- Certaines équipes de santé des communautés n'ont pas participé à la planification régionale initiale des séances.

Dans l'ensemble, les commentaires des équipes des services de santé publique des RRS ont été très positifs et reflétaient les commentaires des communautés des Premières nations voulant que le personnel des RRS a été bien accueilli dans les communautés et a été intégré dans l'équipe de la collectivité à la poursuite d'un but commun.

Sommaire des principales conclusions et des actions suggérées

Les points ci-dessous ont été présentés par les chefs des Premières nations et leurs équipes de santé. Ils constituent à la fois des actions suggérées et des conclusions tirées relativement à la vaccination de masse dans leurs communautés.

A. Gestion des dossiers et des données

- Le personnel infirmier en santé communautaire n'a pas accès actuellement au système provincial de prestation de services aux clients (SPSC), c'est-à-dire au registre de vaccination. Certaines des ISC travaillant auprès des communautés des Premières nations disposaient de copies ou des originaux des données d'information sur la vaccination contre la grippe H1N1, mais il ne s'agissait pas d'une pratique étendue à toutes les communautés, et certaines communautés ont dû photocopier un grand nombre de formulaires de consentement. Les infirmières et infirmiers en santé communautaire ont besoin d'avoir accès aux dossiers de vaccination et aux données sur la collectivité, originaux ou copies, durant l'exécution des programmes de vaccination de masse.

B. Communications et messages de santé publique

- Les communications portant sur les séances de vaccination dans les communautés des Premières nations doivent indiquer clairement quels sont les groupes cibles.
- Les communautés des Premières nations ont besoin d'avoir accès à des renseignements cohérents et à jour, particulièrement en ce qui concerne le statut prioritaire des groupes visés par la vaccination dans leurs communautés.
- Les communautés des Premières nations ont besoin d'avoir accès aux outils de communication et aux ressources de la Province.
- Les séances de vaccination de masse pour les membres des Premières nations donnent de bons résultats lorsqu'elles sont tenues dans leurs communautés.

Renforcement de relations:

- Les représentants de la liaison des RRS auprès des Premières nations et les équipes de santé des Premières nations continuent de renforcer les relations établies durant la vaccination de masse contre la grippe H1N1.
- Le niveau de confiance s'est accru du fait que les médecins-hygiénistes régionaux et les directeurs des services de santé publique des RRS ainsi que leurs équipes se sont rendus dans les communautés pour diffuser de l'information sur la grippe H1N1.
- Le soutien du ministre et du sous-ministre de la Santé ainsi que du médecin-hygiéniste en chef par leur participation aux réunions de planification et de débriefage sur la vaccination de masse des communautés des Premières nations a été considéré comme important.
- Le personnel des services de santé publique des RRS a manifesté un intérêt à apprendre davantage sur la culture de la collectivité.

Conclusions:

En général, le programme de vaccination de masse pour les Premières nations du Nouveau-Brunswick a connu un grand succès. Les données recueillies des communautés des Premières nations, compilées par la DGSPNI, ont montré que 90 % de la population a été vaccinée lors des séances tenues dans les communautés⁷. Ce pourcentage reflète la créativité dont ont fait preuve les Premières nations en matière de planification ainsi que la collaboration avec les régies régionales de la santé.

Une des conclusions principales tirées de ce processus réside dans l'action des dirigeants des Premières nations et des équipes de santé des communautés. Leur capacité à mobiliser les membres de leurs communautés, à intégrer leurs pratiques culturelles individuelles, à établir des liens avec les RRS et à obtenir un taux de couverture aussi élevé a abouti à un modèle

⁷ Données obtenues de l'équipe d'épidémiologie de la DGSPNI, région de l'Atlantique; taux de couverture vaccinale contre la grippe H1N1 chez les Premières nations du N.-B., décembre 2009.

communautaire de vaccination de masse fructueux. Ces séances de vaccination contre la grippe H1N1 ont appuyé la culture fondée sur la collectivité, la famille et les amis présente chez les Premières nations puisque chaque collectivité a planifié de concert avec les RRS. Ce mode de fonctionnement pourra être pris en compte lors de la planification de programmes de vaccination de masse futurs.

Les communautés des Premières nations ont pris part à la planification, la mise en œuvre et l'évaluation de ce programme. Le processus dans son ensemble ne s'est toutefois pas déroulé sans défis ni frustrations, mais les équipes des services de santé publique des RRS et les équipes de vaccination des Premières nations ont préparé la voie pour un modèle futur visant à fournir des services de vaccination de masse de qualité, sécuritaires et équitables aux communautés des Premières nations au Nouveau-Brunswick.

Références

Ministère de la Santé, Centre des opérations d'urgence, « Protocole de communication avec les Premières nations », approuvé le 23 septembre 2009.

Last, John M. *A Dictionary of Epidemiology*, 4^e édition, New York, Oxford University Press, 2001.

APPENDICE

Protocole de communication avec les Premières nations

Approuvé le 23 septembre 2009

Ministère de la Santé

Centre des opérations d'urgence

Le présent protocole décrit les rôles et responsabilités du ministère de la Santé, de la Régie régionale de la santé A et de la Régie régionale de la santé B en ce qui a trait aux communications avec les communautés des Premières nations du Nouveau-Brunswick concernant la planification et la réponse relativement à la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Ce protocole sera intégré dans un document plus détaillé qui précisera les rôles et responsabilités de tous les ordres de gouvernement en ce qui concerne les Premières nations et la planification et la réponse en cas de pandémie.

Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (MSNB) veillera à ce que soit établi un lien de communication explicite avec chaque Première nation. L'information destinée aux travailleurs de la santé et au grand public sera diffusée par l'entremise des personnes-ressources principales de la Régie régionale de la santé A (RRSA) et de la Régie régionale de la santé B (RRSB). La pièce jointe 1 présente la liste des personnes-ressources principales des RRS, ainsi que de leurs substituts. Ces personnes assument la responsabilité de l'ensemble du processus de communication. La pièce jointe indique également les noms et les coordonnées des médecins-hygiénistes régionaux, d'autres membres du personnel de la Santé publique ainsi que des personnes-ressources des Premières nations. Les noms, titres et coordonnées sont exacts à la date d'établissement de la liste. Il incombe aux personnes-ressources principales de chaque Première nation et RRS de maintenir la liste à jour.

L'information qui n'est pas habituellement communiquée par l'intermédiaire du secteur de la santé, comme l'information destinée aux écoles (communiquée par le ministère de l'Éducation) et aux garderies (communiquée par le ministère du Développement social) sera acheminée par le ministère de la Santé au Secrétariat des affaires autochtones aux fins de diffusion aux chefs des Premières nations du Nouveau-Brunswick concernées. Les chefs devraient normalement transmettre l'information aux personnes de leur collectivité qui doivent être renseignées.

Le ministère de la Santé fera parvenir copie de toutes les communications qu'elle souhaite transmettre aux communautés des Premières nations aux personnes-ressources désignées de la DGSPNI.

Cadre de communications avec les Premières nations

- **Ministère de la Santé**
- **Catégories de renseignements** : Le ministère de la Santé peut transmettre des renseignements de deux catégories différentes :
 1. les renseignements reçus de sources fédérales comme l'Agence de la santé publique du Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits;
 2. les renseignements émanant du ministère de la Santé lui-même provenant de sources comme le Bureau du médecin-hygiéniste en chef et le Centre des opérations d'urgence.
- **Action** : Une fois que les renseignements ont été examinés, ils sont transmis à la Régie régionale de la santé A et à la Régie régionale de la santé B aux fins de diffusion appropriée.
- **Régies régionales de la Santé A et B**
- **Catégories de renseignements** : L'information reçue du ministère de la Santé, ce même que celle issue directement des RRS. L'information porterait sur la prévention, le contrôle et le traitement de la grippe pandémique H1N1.
- **Action** : Recevoir l'information de sources comme le ministère de la Santé et diffuser, par l'intermédiaire d'une personne-ressource désignée dans les RRS, aux communautés des Premières nations (y compris aux chefs, aux directeurs des services de santé et au personnel infirmier en santé communautaire).
- **Communautés des Premières nations**
- **Catégories de renseignements** : L'information est reçue de la régie régionale de la santé et/ou des médecins-hygiénistes régionaux pour être utilisée dans la collectivité des Premières nations.
- **Action** : Les demandes de renseignements doivent être adressées à la personne-ressource désignée de la RRS pour la collectivité.
- **Médecins-hygiénistes régionaux**
- **Catégories de renseignements** : Avis localisés et ordres directs touchant une personne ou une collectivité en particulier.
- **Action** : Les médecins-hygiénistes régionaux publient un avis ou un ordre en vertu de la *Loi sur la santé*.

13 août 2009

Cadre de communication avec les Premières nations



