



ጠቅላይ ሚኒስትር ለጋራ ሥራ ለጋራ ጥሩ ለጋራ

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

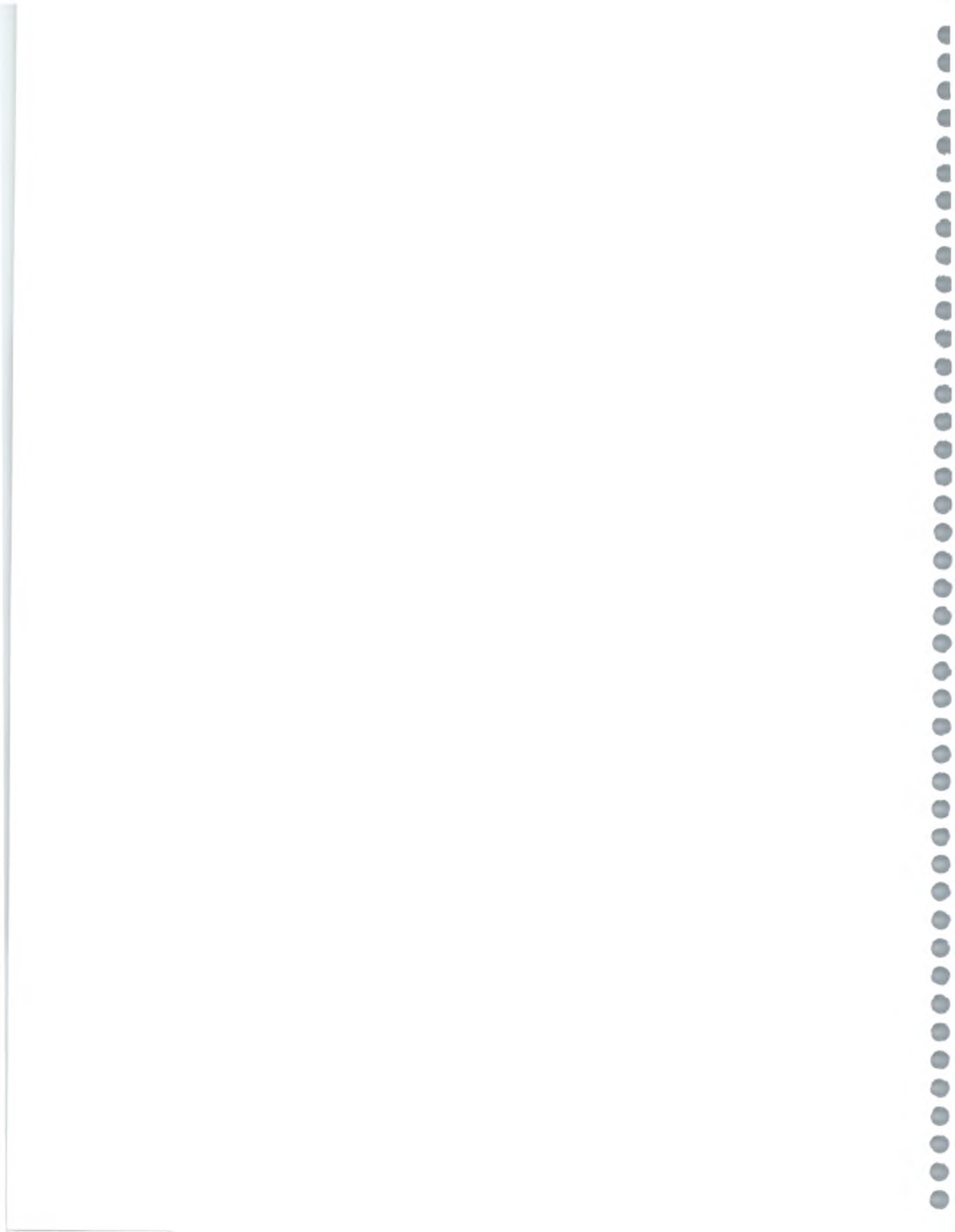
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

၎င်းတို့သည် နေရာအနှံ့တွင် နေထိုင်ကြသည်။

RAPPORT ANNUEL

ANNUAL REPORT

2004-2005



ᐱᓄᑦᕈᕋᕐᕆᓂᐅᑦ ᐃᓴᑦᕈᕋᕐᕆᓂᐅᑦ
RAPPORT ANNUEL
ANNUAL REPORT



NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

C. P. / P.O. Box 900 Kuujuaq (Québec) J0M 1C0
 ᐃᓃᐅᐅᐅᐅ / Tel: (819) 964-2222 ᐅᐅᐅᐅᐅ / Fax: (819) 964-2888
 www.rrssl7.gouv.qc.ca

ᐃᑭᐱᑦᐅᑦᐅᑦ / PLANIFICATION / COORDINATION

ᑭᑦᐅ ᑭ / Jeannie May
ᑭᑭᑦᐅ ᐅᑦᐅ / Helen Dion
ᐃᑭᐱᑦᐅᑦ ᐃᐃᐅ / Isabelle Dubois
ᑦᐅ ᑭᑭᑦᐅ / Annie Gérardin

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦ / TEXTES / TEXTS

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦ ᐅᐅᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᐃᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ.

Nous tenons à remercier tous les employés de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, passés et présents, qui ont contribué à la rédaction de ce rapport annuel en cours d'année.

We would like to thank all of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services employees, past and present, who have contributed to this annual report during the past year.

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ TRADUCTION ET RÉVISION EN INUKTITUT INUKTITUT TRANSLATION AND PROOF-READING

ᑦᐅᑦᐅ ᑭᑭᑭ / Alasie Hickey
ᑭᑭ ᐃᑭᑭ / Johnny Angma
ᑭᑭ ᐃᑭᑭ / Susie Gordon
ᑭᑭᑭ ᑭᑭ / Mary Sala
ᐃᑭᑭ ᐃᑭᑭᑭᑭᑭ / Rita Novalinga
ᐃᑭᑭ ᐃᑭᑭ / Robert Watt
ᐃᑭᑭ ᑭᑭᑭ / Edward Snowball

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ TRADUCTION ET RÉVISION EN FRANÇAIS ET EN ANGLAIS FRENCH AND ENGLISH TRANSLATION AND REVISION

ᑭᑭᑭ ᑭᑭᑭ / Nicolas Baltazar
ᐃᑭᐱᑦᐅᑦ ᐃᐃᐅ / Isabelle Dubois

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ / PHOTOGRAPHIES / PHOTOGRAPHS

ᐃᑭᐱᑦᐅᑦ ᐃᐃᐅ / Isabelle Dubois

ᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ / CONCEPTION GRAPHIQUE / GRAPHIC DESIGN

ᐃᑭᐱᑦᐅᑦ ᐃᐃᐅ / Isabelle Dubois

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ / IMPRESSION / PRINTING

CopieXpress

ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ ᐃᑭᑭᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦᐅᑦ / DÉPÔT LÉGAL / LEGAL DEPOSIT

ᐃᑭᑭᑭ ᐃᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭ / Bibliothèque nationale du Québec / National Library of Quebec - 2005
ᐃᑭᑭᑭ ᐃᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭ / Bibliothèque nationale du Canada / National Library of Canada - 2005

ISBN 2-922764-13-3

ልጋሮቶ

መልክ	1
መልከ ልጋሮቶ ለጋራ ለጋራ ለጋራ ለጋራ	4
ጥሪናጥሪ ጋራ ጋራ ጋራ	9
ጥሪናጥሪ	10
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	12
ጥሪናጥሪ ጋራ ጋራ ጋራ	12
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	13
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	13
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	14
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	15
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	16
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	20
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	20
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	21
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	24
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	25
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	26
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	27
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	29
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	31
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	34
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	37
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	41
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	43
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	44
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	46
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	48
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	54
ጥሪናጥሪ ጥሪናጥሪ	55

ጋዋጥነትና ጋዋጥነት.....	60
ለዲፎረም.....	61
ዲፎረም ልጋሮሪያ ህግ.....	61
ልጋሮሪያ ህግ.....	64
ፍልጋጥነትና ፍልጋጥነት.....	67
ፍልጋጥነት - ልጋሮሪያ - ጋዋጥነት.....	72
ፍልጋጥነትና ፍልጋጥነት.....	74
ፍልጋጥነትና ልጋሮሪያ ህግ.....	74
ፍልጋጥነትና ልጋሮሪያ ህግ - ልጋሮሪያ ህግ.....	75
ልጋሮሪያ ህግ.....	75

ጋዋጥነትና ልጋሮሪያ ህግ.....	76
ልጋሮሪያ ህግ.....	77
ልጋሮሪያ ህግ.....	78
ለዲፎረም ልጋሮሪያ ህግ.....	80
ለጋዋጥነት ልጋሮሪያ ህግ.....	80
ጋዋጥነትና ልጋሮሪያ ህግ.....	81

00 A L F D C

ᄡᄡᄡᄡ ᄡᄡᄡᄡᄡᄡᄡ ᄡᄡᄡᄡᄡᄡᄡᄡ ᄡᄡᄡᄡᄡᄡᄡᄡ

[illegible]

- [illegible]

CL^bd⁴ Λ_qL^cCDσ^aΓΠJ^c ΔCDPL^cγ^aγ^b d^cΠ L^aP^c γ^ac^cΔ^c Λ_qL^cCDγ^cγ^c Δ_σΔ^c
 γ^bΔ^aσ^aΓΓd^aΠ^cγ^aΓ^aσ^b Λd^aΓΓd^aΠ^cγ^ad^aΠ^b.

C⁵9FDفـc⁸62^c ALP4^LLnDCDP4c^c

[illegible][illegible][illegible]

$\mathcal{D} \subset \mathcal{L}^2 \rightarrow \mathcal{D} \subset \mathcal{L}^2$

[illegible][illegible]

10

$\lambda \sigma \quad 7$ 

የኢትዮጵያ ፌዴራላዊ ዲሞክራሲያዊ ሪፐብሊክ ፍርድ ቤት ለፍርድ ቤቱ የሚገኝ ጉዳይ ላይ ለመወሰን የሚያስፈልጉ ሰነዶችን አቅርቦ ለመግቢያ ምክር ቤቱ ለመቅረብ ይጥራል፡፡



[illegible]

▽ ai	△ i	▷ u	◁ a	• x 2
∇ pai	∧ pi	> pu	< pa	◁ p
U tai	∩ ti	∪ tu	C ta	◁ t
q kai	P ki	đ ku	b ka	◁ k
ŋ gai	ƒ gi	J gu	l ga	◁ g
ɿ mai	ɿ mi	J mu	L ma	◁ m
◁ nai	◁ ni	◁ nu	◁ na	◁ n
◁ sai	◁ si	◁ su	◁ sa	◁ s
◁ lai	◁ li	◁ lu	◁ la	◁ l
◁ jai	◁ ji	◁ ju	◁ ja	◁ j
◁ vai	◁ vi	◁ vu	◁ va	◁ v
◁ rai	◁ ri	◁ ru	◁ ra	◁ r
◁ qai	◁ qi	◁ qu	◁ qa	◁ q
◁ ŋai	◁ ŋi	◁ ŋu	◁ ŋa	◁ ŋ

$\rho \sigma \mu \rho L \epsilon^{\epsilon} C^{\epsilon} \rho^{\epsilon}$

[illegible]

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]

$$\dot{Q}^a \sigma \Delta \rho \triangleright^c \sigma \subset \rho \sigma^b$$
$$\dot{q}^a \sigma^a \dot{r}^b \partial^b \Pi_L \dot{q}^c \sigma^c$$
[illegible][illegible]

ΛΓΔ⁵ΖΔσ³Λ Δ⁴Γ Δ²σΔΓΔ⁵ΠΛ²Υ⁶

[illegible]

ᐋᓯᐃᑦ ᐱᓚᓯᐳᑦᐱᑦ ᐱᓯᐃᐱᑦᐃᓯᑦ. ᓯᓇᐃᓯᐃᐱᑦᐃᓯᑦ ᐃᓯᐃᐱᑦ \$67,988, ᐃᑦᓴᑦ ᓯᐃᑦᐃᓯᐃᑦ ᓇᓇᓇᓯ ᐋᐃᓯᐃᑦ ᐱᓯᐃᓯᐃᓯᐃᑦᐃᓯᑦ. ᓯᐃᑦ ᐋᓯᐃᓯᐃᓯᐃᑦ ᐋᓯᐃᑦ ᓯᐃᑦᐃᓯᐃᑦ ᐃᑦᓇᓯᐃᓯᐃᑦ ᐱᓯᐃᓯᐃᓯᐃᑦ ᓇᓇᓇᓯ ᐱᓯᐃᓯᐃᓯᐃᑦᐃᓯᑦ ᐃᑦᓯᐃᓯᐃᓯᐃᑦ ᐃᓯᐃᐱᑦ \$83,103 ᓯᓇᐃᓯᐃᐱᑦᐃᓯᑦ.

$\mathcal{M}^c \Delta^L J^c$ $\mathcal{M}^c \Pi C D \sigma^b \Gamma^c$ $\Lambda^c \supset d \Gamma \Delta \subset \subset \mathcal{M}^c \sigma^b \Gamma^b$ $\Lambda J^c \gamma \sigma^c$

[illegible][illegible]
$$\Lambda J^c \tau \sigma^c J^c \quad \nabla^b \Gamma^c b \dot{\Gamma} J \dot{\Gamma} b \quad L^a \gamma \gamma \Gamma \quad \dot{\nabla}^a \sigma \nabla \Delta^a \sigma^b$$
[illegible]

DΔL_a⁹ D_c n σ^{9b} ḋ^a σ d r^{9b} ḋ^a σ d Δ^L j_c d⁹ n_a j
 Δ^L L₃ DΔL_a⁹ D_c n j n^c y^c

$\Delta L_{\text{eff}} \approx \frac{\sigma}{E} L$

[illegible][illegible][illegible]

L' 31, 2005-JJΔ^aα-γCⁱNJJ, JJΛ^bβγC%φCJC dV^LΓ ΔJJ^cασ^sΓ
AJ^cτσ^sω^c JJβCⁱAd^aσ^b PαD^bσ^b JJ^cγ^cΑΓCΔ^dε^cΓ^c bε^rΠ^cρ^jΠ^cς^b
PΔLα^jCασ^sσ^b qd^cΑ^LΓ b^oφ^jΓ^c.

[illegible]

பெ A⁴Γ DΔL a⁵) c n D N^c h σ^b < ⁵ σ σ^{5b}

[illegible][illegible]

$$\Delta^{\epsilon} \sigma^{\mu} \rho^{\nu} \dot{\rho}^{\sigma} \sigma^{\epsilon \delta}$$
[illegible][illegible]

መጨረሻ ልዩነት ለሀገራችን የፍትሕ ፍርድ ዘዴ ለማሳደግ ለሚያስፈልጉት ሰነዶች ላይ ማስፈረስ ይገባል፡፡ ለዚህም ማረጋገጫ ለሚያስፈልጉት ሰነዶች ላይ ማስፈረስ ይገባል፡፡ ለዚህም ማረጋገጫ ለሚያስፈልጉት ሰነዶች ላይ ማስፈረስ ይገባል፡፡

[illegible][illegible][illegible]

- [illegible]



$\Delta^{\epsilon} \dot{J}_C^{\eta} L^{\epsilon}, \Delta \Gamma^{\sigma} \wedge \gamma^{\epsilon} C^{\eta} \dot{\gamma}^{\alpha} d J^{\epsilon}, D d \sigma^{\eta}:$

- [illegible]

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

ՎՐԵՈՐՅՈՒՆ ԱՅԿԻՃԱՆ

[illegible]

$$\Delta \subset \dot{r} \cdot \dot{c} \cdot \dot{L} \cdot \dot{r}^c \quad \angle \dot{r} \cdot \dot{c} \cdot \dot{d}^c \quad \wedge P^{\dot{r}} \dot{r} \dot{d}^{\dot{r}} \sigma \Gamma^c \supset$$

$$\dot{r} P \dot{r} \dot{r} \dot{L} \sigma^b \quad \wedge J^c \dot{r} \dot{c}^c$$

$D A^b b \sigma^b / \Delta \omega^c \Delta^c \quad \rho \Delta^b \sigma^b \Delta \omega^c \Delta^c \quad \Delta \omega^c \Delta^c \Delta \omega^c \Delta^c \quad \Delta \omega^c \Delta^c \Delta \omega^c \Delta^c$

[illegible][illegible]

$\Delta P^{54}P^{45}\sigma^{56} \quad P^{56}P^{45}L\sigma^{56}$

[illegible][illegible][illegible]

- [illegible]



[illegible][illegible]
$$4>^L\Gamma\Delta\sigma^{\epsilon_b} \quad b\cap\Delta^b \quad \text{max}\text{-}\dot{L}^c \quad b\leq L^b d\sigma^c$$
[illegible]

ԾԱԿԼ ԺԱՌՆԴՈ՛Ն՝ ԵՈՒ՞Ց ԶԵՐԼ՝ ԵԸԵՁԻՐՐ ԴԵՂԻԴՈՒՑ՝ԻՐ՝Ց՝ 2004-2005-Դ:

ገንዘብ ምንጭ	KRG አሰራር
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$89,409
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$96,022
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$31,710
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$10,821
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$14,072
ገንዘብ ምንጭ ምንጭ ምንጭ ምንጭ	\$6,022



Δ_μγ⁹ 4^LL_μ Δ^LΓσ⁹ρ⁹64⁹ρ^LΔ^L

 $\Delta^L \Gamma \sigma^i \rho^i b^i \zeta^i \mu^i L^i \zeta^i$ [illegible][illegible][illegible]
$$4\sigma^a \gamma^\mu \tau^a \omega_\mu \sigma^b \wedge J^c \tau^c$$
[illegible]

$\Lambda J^c \tau_{\sigma} n_i^{j_0} r^c \quad d^{\perp} \sigma \cdot d r D^c N D \Delta^{\perp} \sigma^c \quad d_{\omega}{}^c \gamma r T^{\perp} \omega \sigma^c \rightarrow \Lambda_{\omega} r^c \dot{N}^c$

[illegible]

[illegible]

$\gamma \beta \delta \epsilon \zeta \eta \theta \iota \kappa \lambda \mu \nu \xi \omicron \pi \rho \sigma \tau \upsilon \phi \chi \psi \omega$

ከፍተኛ ምርት ያገኘው የፊት ለፊት የፖሊሲ ማሻሻያ ስራ ሲከተል፣ የፖሊሲ ማሻሻያ ስራው ለፖሊሲ ማሻሻያ ስራው ይፈታል።

[illegible][illegible] $\Delta \sim \Delta^{\epsilon} \sim \Delta^b$ [illegible]

ፈረንሳይኛ ልብ ወለድ ስለሆነ ለጥያቄው ተቀባይ ነው።

[illegible]
$$\Delta e^{\frac{1}{2}} \Delta^b$$
[illegible]

ΔΓΔ^ΔΓ^Δ Δ^ΔΔ^ΔΔ^ΔΔ^Δ Δ^ΔΔ^ΔΔ^ΔΔ^Δ Δ^ΔΔ^ΔΔ^ΔΔ^Δ

[illegible]

2004-2005-ገ ሾጭኑኑበረደጎር ወላገ ልጎረሴኛገ ለጋራው ጋኖርጸላዊ
 ልጎጋጋው \$3,491,643.00. ልጎጋጋው \$2,897,771 ሙሉጋርጋር ልጎጋጋው
 ጋርጋርጋር ልጎጋጋው ልጎጋጋው \$374,872 ለጋራው ጋርጋርጋር
 ልጎጋጋው ልጎጋጋው \$219,000 ጋርጋርጋር ለጋራው ጋርጋርጋር.

၁၂၃၄၅၆၇၈၉၁၀ ၁: ၂၃၄၅၆၇၈၉၁၀၁၂၃၄၅၆၇၈၉၁၀

[illegible]

የሰነድ/የፊልም/የጽሑፍ የፊልም/የፊልም	የፊልም/የፊልም	የፊልም/የፊልም/የፊልም		
		6-12- ጋራ	13-19- ጋራ	ፊልም/የፊልም
የፊልም	ፊልም, ፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም ፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም/የፊልም	14-ፊልም 38-ጋራ	14-ፊልም 28-ጋራ	
የፊልም (የፊልም/የፊልም/የፊልም)	የፊልም/የፊልም, X-Box, Play Station, የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም, soccer table, የፊልም/የፊልም/የፊልም, ፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም ፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም	25	20	45
የፊልም/የፊልም (የፊልም/የፊልም)	የፊልም/የፊልም, X-Box, Play Station, የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, ፊልም የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም ፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም	15	30	45
የፊልም/የፊልም	የፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም, ፊልም የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም	25	20	45
የፊልም/የፊልም/የፊልም	የፊልም ፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም, ፊልም የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም ፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም የፊልም/የፊልም/የፊልም, የፊልም/የፊልም/የፊልም	20	15-ፊልም 20-ጋራ	35-ፊልም 40- ጋራ

የአገልግሎት/አገልግሎት አገልግሎት	የቴሌቪዥን	የፍትሕ ምክር ቤት/የፍትሕ ምክር ቤት		
		6-12- ጊዜ	13-19- ጊዜ	ጠቅላይ
የፍትሕ	Karate, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት.	16-ጊዜ 58-ጊዜ	32-ጊዜ 81-ጊዜ	80-ጊዜ +100-ጊዜ የፍትሕ ምክር ቤት
የፍትሕ (የፍትሕ ምክር ቤት/የፍትሕ ምክር ቤት) የፍትሕ ምክር ቤት	X-Box, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት.	6-ጊዜ 9-ጊዜ የፍትሕ ምክር ቤት 10-ጊዜ 24-ጊዜ 10-ጊዜ 13-ጊዜ የፍትሕ ምክር ቤት 12-ጊዜ 20-ጊዜ 14-ጊዜ 19-ጊዜ የፍትሕ ምክር ቤት 11-ጊዜ 19-ጊዜ		
የፍትሕ	የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, X-Box የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት.	15-ጊዜ 20-ጊዜ	15-ጊዜ 25-ጊዜ	30-ጊዜ 45- ጊዜ
የፍትሕ ምክር ቤት (የፍትሕ ምክር ቤት/የፍትሕ ምክር ቤት) የፍትሕ ምክር ቤት	የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, karate, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት, የፍትሕ ምክር ቤት.	20	30	50

- [illegible]

[illegible]

Λ₅~P^cCDσ³L DΔ^b9^c/Δ⁶ρ^cΔ^c Δ^cΔ⁵δN^bΓ^aσ Λ₆ρ^cḠ^c

[illegible][illegible]

[illegible]

$\rho \gg \sigma^c \gamma^6 c' / \Delta \sigma D^c$ $\Lambda_e \rho^c C D \sigma^{\sim} L$

[illegible]

መጠኑ	የጠቅላይ ሥራ ዕቃዎች
ጠቅላላ	\$ 94,931.83
ጠቅላላ	\$ 32,026.00
ጠቅላላ	\$ 100,054.08
ጠቅላላ	\$ 21,264.00
ጠቅላላ	\$ 31,861.48
ጠቅላላ	\$ 104,970.36
ጠቅላላ	\$ 62,772.86
ጠቅላላ	\$ 106,649.00
ጠቅላላ	\$ 0
ጠቅላላ	\$ 106,788.65
ጠቅላላ	\$ 59,432.06
ጠቅላላ	\$ 98,139.50
ጠቅላላ	\$ 10,835.97
ጠቅላላ	\$ 34,164.00

[illegible]

2005-2006-ፖ. ፄረረሃይማኖት ጋኅበ-
ሪኤርሮፍፕኮ ሳርፖሶኤፕኮፊ ሳሮፖሪረፊ
ፈፃሚነት ርረረ ለፄረሮፊ
ለፊ ለሶዲኤፖፊ ፄረረኤፖሪረፊ
ፄረረረረረረረረረ ለፊፄረረረረረ
ለፄረረረ ፄረረ ለፊፄረረፊ.

[illegible]

$\mu_{\text{C}}^{\text{L}} \approx \Delta^{\text{q}} \rho / d^{\text{r}} \sigma_{\text{C}} n_{\text{D}}^{\text{c}} \quad \Lambda_{\text{e}}^{\text{r}} \text{CD} \sigma^{\text{q}} \text{L}$

[illegible]

ስለሆነ ለሰነድ ማረጋገጫ ማስፈራሪያ ማድረግ
 ማስፈራሪያ ማድረግ ማስፈራሪያ ማድረግ
 ማስፈራሪያ ማድረግ ማስፈራሪያ ማድረግ
 ማስፈራሪያ ማድረግ ማስፈራሪያ ማድረግ

[illegible]
$$D^a L^b \Gamma \quad \dot{D}^a \sigma \Delta^b \quad \mathcal{D}^c C \Delta^b$$
[illegible][illegible][illegible]

$$\Lambda_{\text{eff}}^c \cap \text{C}_n \Delta^b$$
[illegible][illegible]

$a \triangleright c \dot{\vdash}^b \quad \dot{d}^a \sigma \nabla \dot{c}^{\epsilon} U \text{-} N^c P J N^c Y^c$

[illegible]
$$\dot{d}^a \sigma^c \nabla^c \zeta \zeta \rho^j$$
[illegible][illegible][illegible][illegible]

[illegible][illegible]

∇^c∇^c∇^c∇^c∇^c ∇^c∇^c∇^c∇^c∇^c

[illegible]

44A^c4D^c 58A^c74J^c86 44A^c5

ለኦሮሚያውያን ስልጣን ማረጋገጥና ለሰላም ማስጠበቅ ማድረግ ያለፈውን ጥረት ማጠቃለያ ማድረግ ይቻላል። ለዚህም ምሳሌ ለሰላም ማስጠበቅ ማድረግ ያለፈውን ጥረት ማጠቃለያ ማድረግ ይቻላል።

כְּפִי/כְּפִי

[illegible][illegible][illegible]

68

$$\sigma^{\epsilon} \rho^{\epsilon} \gamma^{\epsilon} \Delta^{\epsilon} \dot{\Delta}^{\epsilon} L^{\epsilon} \Delta^{\epsilon} \epsilon^{\epsilon} \sigma^{\epsilon} \epsilon^{\epsilon}$$
[illegible][illegible]
$$P J N^a \sigma \Delta C D \sigma^{9b}$$
[illegible][illegible][illegible]

၎င်းတို့သည် အောက်ပါအတိုင်း ဖြစ်ပေါ်လာသည်။

$\Delta^{99}C_4^{96}\sigma^{96}$ [illegible]

$\Delta^C \dot{\Gamma}^{\alpha\beta} \Gamma^{\gamma\delta} \sigma^6$ $\Delta D^C \dot{L}^{\alpha\beta} \Delta^{\gamma\delta} \Gamma^{\epsilon\zeta} \Lambda_{\alpha\beta\gamma\delta\epsilon\zeta} \sigma^{\eta\theta} \Gamma^{\eta\theta}$



[illegible][illegible]

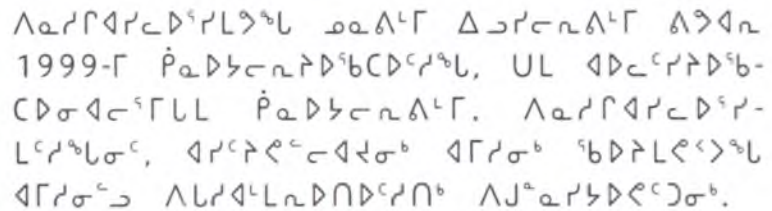
$dV^L \Gamma \quad b \in C \Gamma^c \rightarrow$

- ከዚህም በተጨማሪም ለሀገራችን የሚገባውን የፍትሕ ጥያቄዎችን ለማሟላት ለሚችሉት ሰነዶች ማቅረብ ይቻላል።
- ከዚህም በተጨማሪም ለሀገራችን የሚገባውን የፍትሕ ጥያቄዎችን ለማሟላት ለሚችሉት ሰነዶች ማቅረብ ይቻላል።
- ለሀገራችን የሚገባውን የፍትሕ ጥያቄዎችን ለማሟላት ለሚችሉት ሰነዶች ማቅረብ ይቻላል።
- ለሀገራችን የሚገባውን የፍትሕ ጥያቄዎችን ለማሟላት ለሚችሉት ሰነዶች ማቅረብ ይቻላል።
- ለሀገራችን የሚገባውን የፍትሕ ጥያቄዎችን ለማሟላት ለሚችሉት ሰነዶች ማቅረብ ይቻላል።

$$\Delta \dot{L}^b \gamma^c \dot{\gamma}^d \dot{\gamma}^e \dot{\gamma}^f \dot{\gamma}^g \dot{\gamma}^h \dot{\gamma}^i \dot{\gamma}^j \dot{\gamma}^k \dot{\gamma}^l \dot{\gamma}^m \dot{\gamma}^n \dot{\gamma}^o \dot{\gamma}^p \dot{\gamma}^q \dot{\gamma}^r \dot{\gamma}^s \dot{\gamma}^t \dot{\gamma}^u \dot{\gamma}^v \dot{\gamma}^w \dot{\gamma}^x \dot{\gamma}^y \dot{\gamma}^z$$
[illegible][illegible]

Δ₁ ⊆ Δ₂ ∩ Γ₂^c

[illegible][illegible][illegible]

[illegible]

ΛΓΔΕΨΩΚΠΡΣΤΨ ΔαΐδνΑΔΨ ΔαΔΨ, ΝΓΛΑΝ 4,
2004-Γ, ΔβΔΨΝΓΝΔΔΔΔΔΔΔ ΔΔΔΨΓσΓσΓσΓ
ΔΠΔΨΝΓΔΨ. UL Jean-François Racine ΔΠΔΨΝ-
ΓΔΔΨΩΚΓΔΔΨ ΔΨΩΔΔΨ, ΑΔΔΔΔ, ΔΔΔΨΓΔ-
ΛΔΔΔΔΔΔΔ ΔΔΔΔΔΨΓΔΔΨ.

[illegible][illegible]

$$\Delta D_{\text{C}}^{\text{C}} \rho_{\text{C}} \rho_{\text{C}}^{\text{C}}$$
[illegible][illegible]

၎င်းတို့သည် အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း အချက်အလက်များကို ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၁။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၂။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၃။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၄။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၅။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၆။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၇။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၈။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၉။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။
 ၁၀။ အချက်အလက်များကို အောက်ဖော်ပြပါအတိုင်း ဖော်ပြခဲ့သည်။



[illegible]

$\Delta P \propto Y^c$ $b \approx \Delta C \approx L \propto \sigma \approx R^c$

[illegible][illegible]

መጨረሻ ልማት ለጋራ ልማት ለጋራ ልማት ለጋራ ልማት ለጋራ ልማት

[illegible]

4D^c7JN^c4^c 396^cD^cCD7L4Δ^c 396^c4^c

[illegible]
$$\Delta^c \rightarrow \Delta^c \text{ and } \dot{P}_a \rightarrow \dot{P}_a$$
[illegible]

6⁶ L 3⁵ b⁶ d⁶ σ⁶ Λ⁶ L 2⁶ ρ⁶ Λ 4⁶ 3⁶ L σ⁶ ρ⁶ L 2⁶

[illegible]

ᐃᓕᑦᐃᑦᐅᑦ

ᓄᓇᐃᑦ ᓄᓇᓕᓕᑦᑦᑦ ᐃᓂᑦᑦᑦᑦᑦ ᐱᑦᑦᑦᑦᑦᑦ ᑦᑦᑦᑦᑦᑦ

ᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ ᐃᓕᑦᐃᑦᐅᑦᑦᑦᑦ

ᑦᑦᑦ 31, 2005

መጽሐፍ መመሪያ ለጋራ ስራ ለሰራተኛው ልማት
 የሚደረግበት ልማት ስራ
 ሰኔ 31, 2005

ጋራ

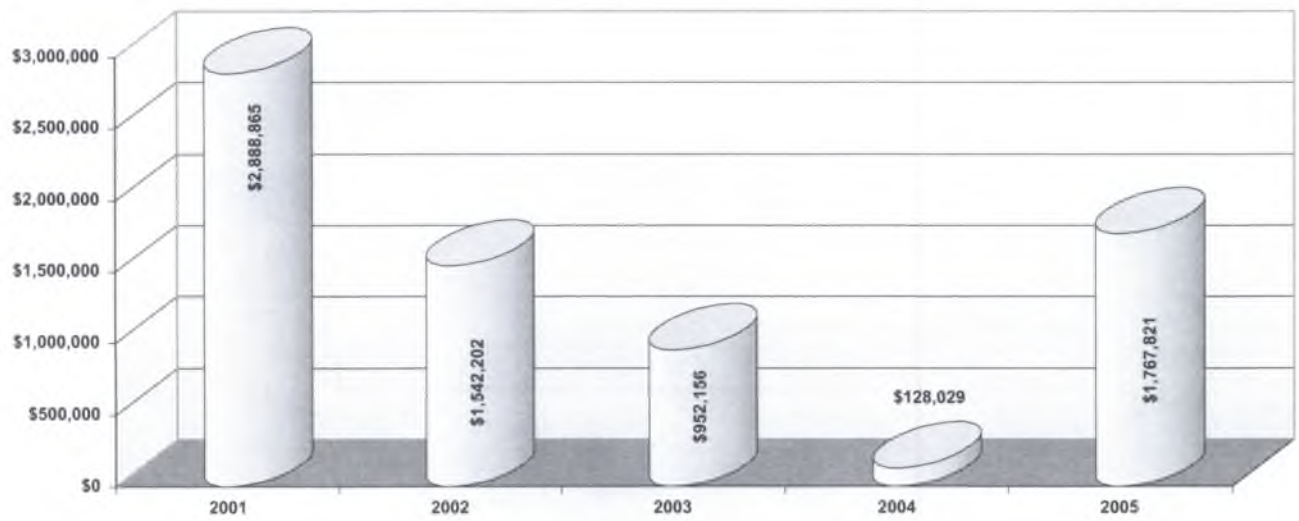
ገጽ 56

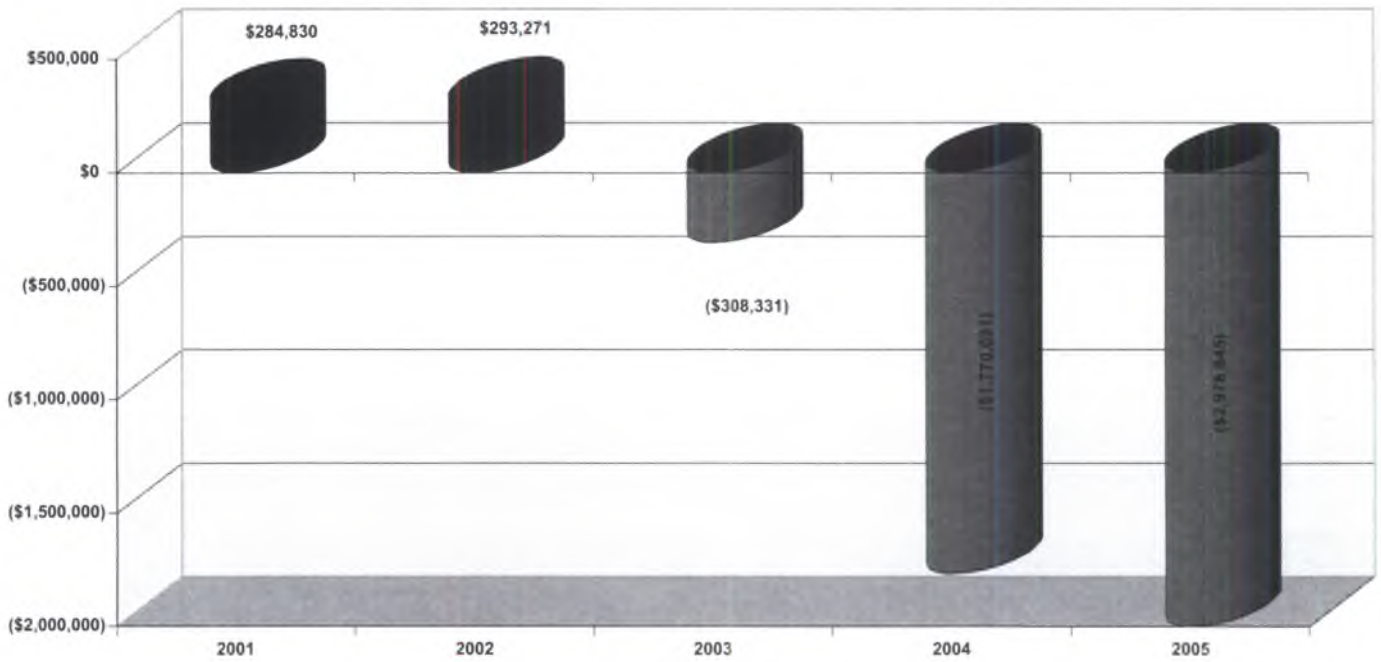
የደረሰው 1 - ልማት ስራ ስራ

የደረሰው 2 - የሚደረግበት ልማት ስራ

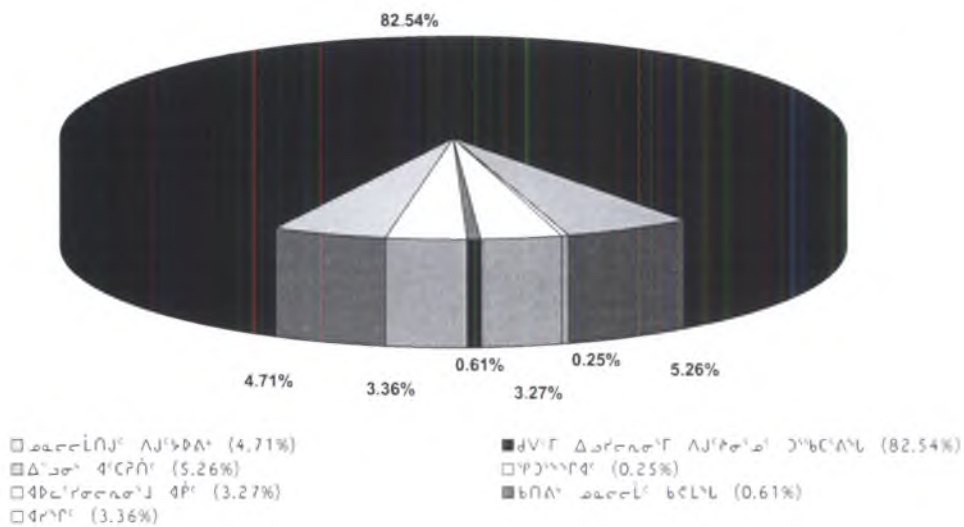
ሰራተኛው ስራ ስራ.....	1
ሰራተኛው 1.....	2
ሰራተኛው ስራ ስራ	
ሰራተኛው.....	3
ሰራተኛው ስራ ስራ.....	4
ሰራተኛው ስራ.....	5
የሚደረግበት ስራ	
ሰራተኛው.....	6
ሰራተኛው ስራ ስራ.....	7
ጋራ ስራ ስራ ስራ	
ሰራተኛው ስራ ስራ.....	8
ሰራተኛው ስራ ስራ ስራ.....	9
የሚደረግበት ስራ ስራ ስራ.....	11

የጋራ ገንዘብ ምንጮች

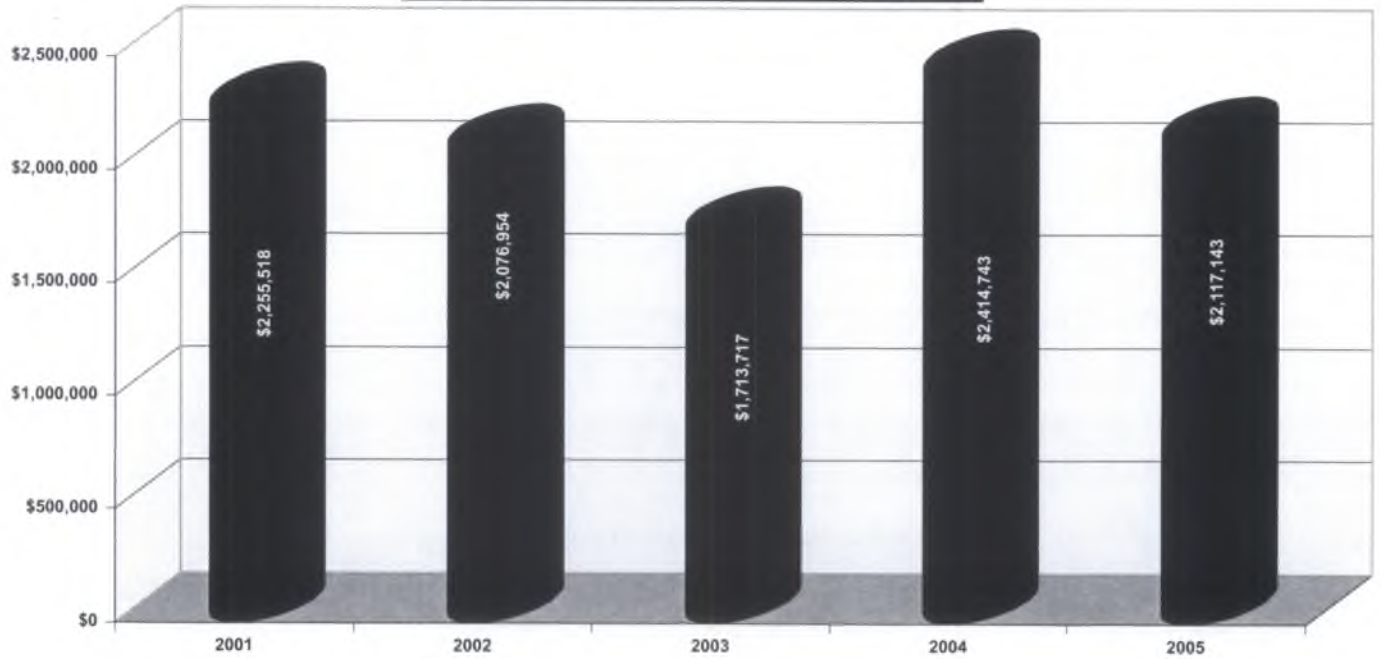


$$d\psi_{\mathbb{C}}^{\mathbb{C}} \wedge \psi_{\mathbb{C}}^{\mathbb{C}} - \psi_{\mathbb{C}}^{\mathbb{C}} \wedge d\psi_{\mathbb{C}}^{\mathbb{C}}$$


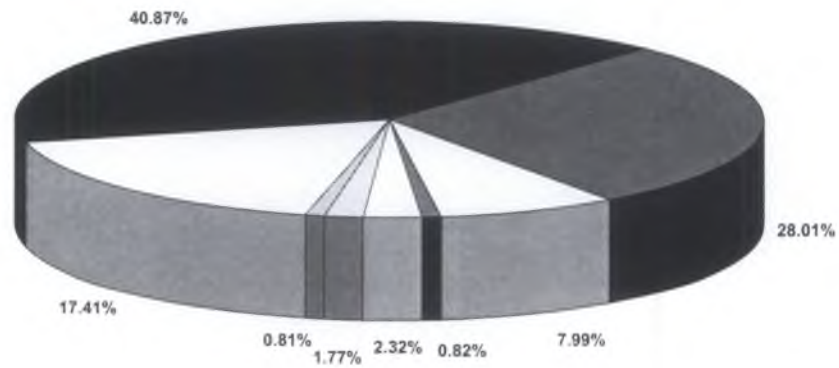
4D^c P J N^c Y^c P^c a D^c - Δ N^c N^c P^c P^c a D^c b σ^b 4^c 9 J Γ



ጋዲራዊ ሥራ ስፔንዲንግ - ልማት ስፔንዲንግ ስጦታ



ጋዲራዊ ሥራ ስፔንዲንግ - ልማት ስፔንዲንግ ስፔንዲንግ



- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ (0.81%) | ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ (17.41%) |
| ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ ለፍጥነት ልማት (40.87%) | ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ (28.01%) |
| ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ (7.99%) | ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ ለፍጥነት ልማት (0.82%) |
| ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ ለፍጥነት ልማት (2.32%) | ፍጥነት ልማት ስፔንዲንግ (1.77%) |

ԸՆԴՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ (ԵՐԻՐԵՅ)
ՃԱՐՊԱՊՈՒՆ 1

[illegible][illegible]

σΔΛ^sσJ^c Δ^sρ^sLD^jc

[illegible]

ወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ
የወጪዎች ሪፖርት-ፎካል
ጥቅምት 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ለወጪዎች		
የወጪዎች ሪፖርት	633,459	-
ጋራ የጋራ ስራ ስራ (የጋራ ስራ 1 ስራ)	2,490,745	4,385,195
	3,124,204	4,385,195
የጋራ ስራ		
የወጪዎች ሪፖርት ስራ ስራ	-	387,775
የጋራ ስራ የጋራ ስራ ስራ	1,328,093	987,777
ጋራ ስራ ስራ ስራ ስራ	4,604,750	4,625,120
ወጪዎች ስራ ስራ (የጋራ ስራ 2)	170,206	154,614
	6,103,049	6,155,286
የወጪዎች ስራ ስራ		
የወጪዎች ስራ ስራ	(2,978,845)	(1,770,091)
	(2,978,845)	(1,770,091)
	3,124,204	4,385,195

ፎካል ስራ ስራ:

_____, ፎካል

_____, ፎካል

ወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ
 የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ
 የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ

	ጋራ	ጋራ	ጋራ
	2005	2005	2004
	\$	\$	\$
የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ	(1,770,091)	(1,770,091)	(308,331)
የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ	-	-	(63,369)
የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)
የወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለጋራ ስራ ለጋራ ስራ	(2,378,851)	(2,978,845)	(1,770,091)

ሙሉ ሙሉ ልዩ ልዩ ለገንዘብ ለገንዘብ ለገንዘብ
 ምዕራባዊ ምዕራባዊ
 ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ
 ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ
 ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ

	ገንዘብ	ገንዘብ	ገንዘብ
	2005	2005	2004
	\$	\$	\$
ምዕራባዊ ምዕራባዊ			
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	3,657,001	3,575,399	3,579,511
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	256,725	226,730	230,069
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	5,000	10,903	26,217
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	108,977	141,056	120,077
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	51,741	26,210	59,730
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	197,076	202,988	192,015
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	71,300	66,496	-
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	113,000	78,536	125,539
	4,460,820	4,328,318	4,333,158
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	-	154,614	139,022
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	-	(170,206)	(154,614)
	-	(15,592)	(15,592)
	4,460,820	4,312,726	4,317,566
ምዕራባዊ ምዕራባዊ			
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	3,880,435	4,392,174	4,661,813
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	699,998	632,895	573,733
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	489,147	496,411	480,411
	5,069,580	5,521,480	5,715,957
ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ ምዕራባዊ	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)

መልክ መረጃ ልማትና ለጋራ ጥቅም ለሚውል
 የፋይናንስ ሪፖርት-ፋይናንስ
 ሪፖርት 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ለውጥ		
ጋራ የፋይናንስ ሪፖርት		
የፋይናንስ ሪፖርት ለውጥ	2,150,874	2,098,829
ፋይናንስ ሪፖርት	5,808,703	5,808,703
ፋይናንስ ሪፖርት ለውጥ	303,055	302,088
ፋይናንስ ሪፖርት	3,058,165	3,006,523
ለውጥ ለውጥ ሪፖርት	35,661	30,240
ፋይናንስ ሪፖርት	76,146	56,950
	11,432,604	11,303,333
የፋይናንስ ሪፖርት		
የፋይናንስ ሪፖርት	11,432,604	11,303,333
	11,432,604	11,303,333

ወደ ልዩ ወደ ርዕሰ ልማት ስራ ለሚመድብ ልማት ስራ
 የወደ ልዩ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ
 የሰነድ ልማት ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ

	2005	2004
	\$	\$
የወደ ልዩ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ	11,303,333	10,833,524
ለወደ ልዩ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ	51,251	45,257
ለወደ ልዩ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ	78,020	424,552
የወደ ልዩ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ ስራ	11,432,604	11,303,333

ጫልቴ ጫሮሮ፤ ልጋሪሮሲሞና ለጋሪሞኛ ፍብረት
ጋሪሮሲሞኛ ፍብረት - ፍብረት ፍብረት
፤ 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ለፍብረት		
፤ፍብረት ለፍብረት		
ፍብረት ልጋሪ	1,134,362	15,804
ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ	-	500,000
ለፍብረት ልጋሪ ልጋሪ	-	260,812
ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ	4,604,750	4,625,120
ጋሪሞኛ ልጋሪ ልጋሪ (ፍብረት 1)	34,389,868	28,136,550
ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ	-	13,325
	40,128,980	33,551,611
ፍብረት		
፤ፍብረት ፍብረት		
ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ ልጋሪ (ፍብረት 3)	1,407,772	2,271,378
ፍብረት ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ	6,629,558	5,902,454
ፍብረት ልጋሪ ልጋሪ ልጋሪ	8,534,492	500,285
ለፍብረት ልጋሪ ልጋሪ (ፍብረት 4)	103,930	103,930
ፍብረት ፤ፍብረት ፍብረት ልጋሪ (ፍብረት 5)	6,849,073	5,317,127
	23,524,825	14,095,174
ፍብረት ፍብረት ልጋሪ (ፍብረት 5)	14,487,012	17,041,694
	38,011,837	31,136,868
ፍብረት ፍብረት		
ፍብረት ፍብረት	2,117,143	2,414,743
	2,117,143	2,414,743
	40,128,980	33,551,611

ወልዕ ወደብ ልማትና ልማት ልማት ልማት ልማት
የወልዕ ወደብ ልማት - የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት
ጥቅም ልማት ልማት 31, 2005

	የወልዕ ወደብ ልማት ጥቅም ልማት	የወልዕ ወደብ ልማት	የወልዕ ወደብ ልማት	የወልዕ ወደብ ልማት
	\$	\$	\$	\$
የወልዕ ወደብ ልማት				
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	2,749,388	2,749,388	-
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	240,675	25,797	105,841	160,631
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	8,527,342	8,527,342	-
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	75,545	691,044	553,927	212,662
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	14,790	-	-	14,790
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	6,621,000	6,339,688	281,312
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	801,900	821,169	(19,269)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	29,291	-	-	29,291
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(59,195)	110,000	120,355	(69,550)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	165,196	165,196	-
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	2,523,152	2,523,152	-
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	250,000	307,390	(57,390)
	301,106	22,464,819	22,213,448	552,477
የወልዕ ወደብ ልማት				
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	143,274	240,773	350,181	33,866
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	895	35,600	8,449	28,046
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(1,443)	8,292	88,286	(81,437)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(980)	13,121	46,490	(34,349)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	77,496	32,700	1,800	108,396
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	49,201	-	184,954	(135,753)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	16,047	-	-	16,047
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	8,169	-	3,256	4,913
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	-	-	-
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	1,643	600	-	2,243
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(2,165)	43,000	15,196	25,639
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(79)	98,500	97,793	628
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	31,883	30,033	12,277	49,639
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	710	150,360	158,990	(7,920)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	10,000	-	-	10,000
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	128,654	-	87,265	41,389
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	29,398	-	-	29,398
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	6,035	-	-	6,035
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(9,302)	50,172	9,851	31,019
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	33,570	-	340	33,230
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	-	87,869	77,189	10,680
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	454	-	-	454
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	16,184	23,737	2,358	37,563
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	43,010	75,000	6,808	111,202
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	19,479	-	650	18,829
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	115,465	-	119,255	(3,790)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	(19,402)	195,435	197,857	(21,824)
የወልዕ ወደብ ልማት ልማት ልማት	8,404	-	-	8,404
	706,600	1,085,192	1,469,245	322,547

Notre raison d'être

Le bien-être de toute la population du Nunavik

Notre mission

*Planifier, organiser, appliquer et évaluer
des programmes pour servir notre population*

Notre objectif

Améliorer l'état de santé de notre population

Nos valeurs

*Autonomie, respect, participation,
valorisation de nos ressources humaines
et collaboration avec nos partenaires*

Table des matières

La région du Nunavik	1
Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik	4
Message de la présidente	9
Conseil d'administration	10
Direction générale	12
Message de la directrice générale.....	12
Mission.....	13
Modifications de politiques.....	13
Communications.....	14
Droits des usagers.....	15
Vers un gouvernement autonome.....	16
Direction de la planification et de la programmation	20
Message de la directrice.....	20
Services médicaux.....	21
Nursing nordique.....	24
Services préhospitaliers d'urgence et mesures d'urgence.....	25
Sages-femmes.....	26
Nutritionniste.....	27
Services à la famille et à la jeunesse.....	29
Planification familiale et habiletés parentales.....	31
Développement des ressources professionnelles.....	34
Les aînés et personnes en perte d'autonomie.....	37
Violence familiale.....	41
Toxicomanie.....	43
Services en santé mentale.....	44
Recherche, information et prévention concernant les préoccupations sociales.....	46
Les maisons de jeunes.....	48
Organismes communautaires financés par le MSSS.....	54
Programmes communautaires financés par Santé Canada.....	55

Direction de la Santé publique	60
---------------------------------------	-----------

Message du directeur.....	60
Ressources humaines	61
Protection de la santé publique.....	61
Prévention.....	64
Promotion de la santé.....	67
Connaissance - Surveillance - Information.....	72
Recherche et évaluation.....	74
Mise à jour du site Web.....	74
Représentation - Participation aux comités ou groupes de travail.....	74
Conclusion.....	75

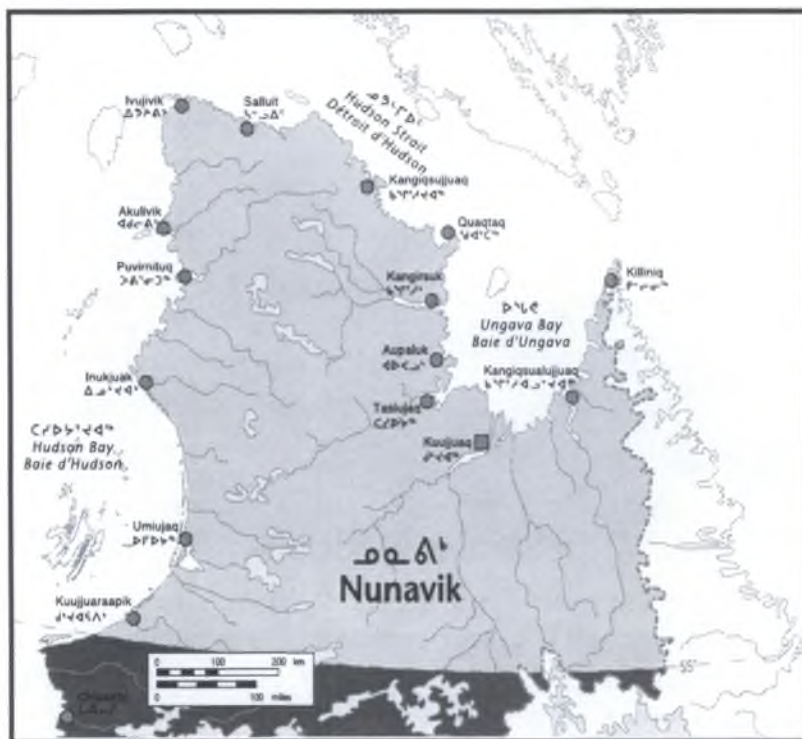
Direction des Services administratifs	76
--	-----------

Message du directeur.....	76
Services administratifs.....	77
Ressources financières.....	78
Statistiques sur les ressources humaines.....	80
Services techniques et d'immobilisations.....	80
Systèmes d'information.....	81

Annexe: Sommaires des États financiers

LA RÉGION DU NUNAVIK

La région du Nunavik occupe le tiers de la superficie du Québec, soit une superficie de plus de 550 000 km² ou l'équivalent de la superficie de la France. Ce vaste territoire arctique se situe tout au Nord de la province, au-dessus du 55^e parallèle. Aucune route ne se rendant jusqu'au Nunavik; la région est complètement isolée du reste de la province, les transports entre le Nord et le Sud ne se faisant que par avion et par bateau.



Au Sud de cette région nordique, on retrouve les restes de la forêt boréale, soit de frêles mais valeureux conifères qui poussent les uns contre les autres pour mieux faire face aux rigueurs du climat arctique. C'est ce que l'on appelle la taïga. Plus au Nord, les arbres disparaissent pour faire place à la toundra, où les rares plantes qui y poussent doivent ramper au sol pour survivre.

Cette terre en apparence sèche est pourtant entourée d'eau, le Nunavik étant délimité à l'ouest par la baie d'Hudson, au nord par le détroit d'Hudson et à l'est par la baie d'Ungava, sans oublier le Labrador. Nombres de mammifères marins —baleines, phoques et morses—

peuplent les eaux du Nunavik. La région est aussi sillonnée d'innombrables cours d'eau, lacs et rivières, lesquels foisonnent en ombles arctiques, saumons et truites de toutes sortes, ce qui fait le bonheur des amateurs de pêche.

Les terres encore vierges de la taïga et de la toundra du Nunavik abritent aussi une variété d'animaux. Il n'est donc pas rare d'y rencontrer des troupeaux de caribous, des volées de perdrix des neiges, des loups et des renards, des lièvres arctiques, et même, plus au Sud, des ours noirs. Si l'on est chanceux, on pourra aussi y apercevoir le formidable harfang des neiges, l'archaïque boeuf musqué et, bien sûr, l'imposant ours polaire, roi de l'Arctique. Plusieurs oiseaux migrateurs—bernaches, oies blanches, canards et autres—viennent aussi trouver refuge au Nunavik pendant la courte saison chaude.

Outre sa faune unique, le Nunavik est comblé d'une gamme complète de paysages tous aussi époustouflants les uns que les autres. Bien qu'elle semble s'étendre de façon assez horizontale, la région compte aussi des sommets assez élevés puisqu'on y retrouve le sommet du Québec, le mont Caubvik (ou mont d'Iberville),



qui, du haut de ses 1,646 mètres, veille sur les monts Torngat, considérés par les Inuits comme la demeure des mauvais esprits. Située à l'Est de Kangiqsualujuaq, l'un des villages de l'Ungava, cette chaîne de montagnes digne des alpages européens agit comme frontière naturelle entre le Nunavik et le Labrador. Derrière le village d'Umiujaq, en bordure de la baie d'Hudson, se cachent aussi les cuestas les plus hautes de la province. Ces falaises escarpées qui s'élèvent parfois jusqu'à 365 mètres de haut surplombent le lac Guillaume-Delisle, sorte de fjord triangulaire près duquel se trouve le lac à l'Eau claire, deuxième plus grand lac naturel du Québec, avec ses 1,243 km² de superficie. Constitué de deux bassins formés par un impact météoritique double, celui-ci abrite une population de phoques d'eau douce, fait très inusité.



En terme de panoramas fabuleux, le Nunavik peut aussi se vanter d'un autre "lac" formé à la suite de la chute d'une météorite, il y a de cela plus d'un million d'années, soit le fameux cratère du Nouveau-Québec, situé à une centaine de kilomètres au sud-ouest de Kangiqsujuaq, l'une des communautés du détroit d'Hudson. Le rivage échancré de Tasiujaq, sur la côte de l'Ungava, est aussi un autre endroit qui mérite mention. Des mesures récentes ayant été effectuées démontrent en effet que les marées du bassin aux Feuilles, sur le bord duquel le village est situé, seraient encore plus élevées (de 10 cm) que celles de la baie de Fundy, qui détenaient jusque-là le record avec ses 16 mètres.

LA POPULATION DU NUNAVIK

Bien que le Nunavik soit une vaste région, il est peu peuplé. Les quelques 10,000 résidents permanents du Nunavik, dont 90 % sont des Inuits, se partagent cette immense étendue à eux seuls. La population du Nunavik est donc partagée en 14 communautés: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvimittuq, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujuaq et Kangiqsualujuaq.

Exception faite de Kuujuaq, ces petites communautés sont dispersées le long des 2500 kilomètres de côtes qui bordent le Nunavik, certaines sur la côte Est de la baie d'Hudson, et d'autres sur les côtes du détroit d'Hudson et de la baie d'Ungava. Kuujuaq se situe un peu plus loin à l'intérieur des terres,



en amont de la rivière Koksoak, directement sur la ligne des arbres, à cheval entre la taïga et la toundra. Avec sa population de 2,000 habitants, c'est la plus grande communauté du Nunavik, ce qui en fait aussi le centre administratif du Nunavik.

Malgré la distance qui les sépare les uns des autres, les Inuits, qui étaient jadis nomade, aiment à se visiter entre eux. Les communautés du Nunavik n'étant pas reliées par des routes, les habitants du Nunavik doivent donc voyager par avion, par bateau ou en motoneige, selon les saisons,

pour se rendre d'un village à l'autre. Les rencontres n'en sont que d'autant plus chaleureuses, et ce malgré le froid qui sévit plusieurs mois par année.



Les Inuits du Québec, comme ceux du Nunavut, parlent l'inuktitut. Comme la population du Nunavik est majoritairement inuite, cette langue est encore la plus parlée au Nunavik. Par contre, dû à la prépondérance du fédéral dans l'ancienne administration de la région, l'anglais est aussi utilisé couramment, surtout au travail, plus que le français, bien que celui-ci fasse des progrès considérables.

Quelques statistiques

Plus de la moitié de la population inuite est âgée de moins de 21 ans, le taux de naissance étant de trois à quatre fois plus élevé que pour le reste du Québec. Malheureusement, le Nunavik connaît aussi le plus haut taux de suicide de la province.

Le coût de la vie étant beaucoup plus élevé au Nunavik dû au coûts reliés aux transports, il est évalué que 43 % des ménages du Nunavik vivent en dessous du seuil de pauvreté, comparativement à 17 % pour le Québec.

Le Nunavik souffre aussi d'un manque de logement, plus de 500 familles ou individus étant sur une liste d'attente. Bien que la moyenne de personnes par logis soit de 4,72, il n'est pas rare de voir de 10 à 12 personnes habiter sous un même toit. De plus, bien que certains logements comportent jusqu'à cinq ou six pièces, un grand nombre d'entre eux sont plus petits, ce qui contribue à un nombre de personnes par pièce plus élevé pour le Nunavik (0,93) que pour la grandeur du Québec (0,5).



LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK

Pour le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le Nunavik est identifié comme la région sociosanitaire 17. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik assure la gestion et la répartition des budgets destinés aux soins et services offerts à la population des 14 communautés de cette région.

LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

La Régie régionale de la Santé et des Services sociaux Nunavik (RRSSSN) est un organisme voué à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population vivant sur le territoire du Nunavik.



La RRSSSN est localisée à Kuujuaq, mais dispose aussi d'un bureau financier temporairement basé à Montréal, connu sous le nom de Services administratifs régionaux du Nunavik (SARN). Au total, la RRSSSN emploie une soixantaine de personnes, inuites et non-inuites.

Créée en 1995 en vertu de la *Loi sur la santé et les services sociaux du Québec*, la RRSSSN a pour objet principal d'organiser les programmes de santé et de services sociaux au Nunavik, d'en évaluer l'efficacité et de veiller à ce que les usagers reçoivent des services de qualité, répondant à leurs besoins. La RRSSSN est, en outre, responsable d'allouer les budgets aux deux centres de santé de la région.

La RRSSSN est gérée par un conseil d'administration composé de représentants de chacune des 14 communautés de son territoire, de représentants des deux centres de santé, d'un représentant de l'Administration régionale Kativik (l'ARK) et des directeurs généraux des deux centres de santé.

La structure interne de la RRSSSN comporte une direction générale, une direction de la planification et de la programmation, une direction de la santé publique et une direction des services administratifs.



Les centres de santé

Le Nunavik compte deux centres de santé : le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, à Kuujuaq, et le Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq. Le Centre de santé Tulattavik est responsable pour les sept communautés établies le long de la baie d'Ungava. Celui-ci compte sur la présence de sept omnipraticiens, qui visitent en moyenne une fois par mois la communauté qui leur est assignée. Le Centre de santé Inuulitsivik, lui, est responsable pour les sept communautés de la baie d'Hudson. Les services de santé sont assurés par une équipe de huit médecins, basée principalement à Puvirnituq. La communauté de Kuujuaaraapik, quant à elle, détient un double point de service, l'un desservant la population inuite et l'autre la population crie, chacune ayant son propre médecin.



Centre de santé Inuulitsivik



Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Les deux centres de santé assument plusieurs rôles. Ils assurent non seulement les services de centre local de services communautaires (CLSC) et de centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ), mais aussi de centre hospitalier en soins de courte durée (CH) et de centre hospitalier en soins de longue durée (CHSLD), de même que de centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation (CRJDA).

Le rôle de CLSC : Les CLSC offrent des soins de santé et des services sociaux de première ligne à la population, qu'ils soient de nature préventive ou curative, ainsi que des services de réadaptation physique ou de réinsertion sociale. À cette fin, les centres de santé doivent s'assurer que les besoins des usagers sont évalués et que les services requis sont offerts. Il y a un point de service de CLSC dans chacun des 14 villages.

Le rôle de CPEJ : Les CPEJ offrent des services aux jeunes en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse* et de la *Loi sur les jeunes contrevenants*. Ils assurent aussi des services en matière de placements d'enfants et d'adoption. De tels services sont offerts sur la côte de la baie d'Hudson par le CPEJ du Centre de santé Inuulitsivik et sur la côte de la baie d'Ungava par le Centre de santé Tulattavik. Les deux centres de santé doivent s'assurer que les personnes qui requièrent de tels services les reçoivent ainsi que leur famille.



Le rôle de CRJDA : Le rôle des CRJDA est d'offrir des services de réadaptation et d'intégration sociale aux jeunes qui éprouvent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Le centre de santé accueille donc, sur référence, des jeunes en difficulté d'adaptation. Sur la côte de la baie d'Ungava, le foyer de groupe offrant ces services est situé à Kuujjuaq et sur la côte de la baie d'Hudson, il est localisé à Puvirnituq. Il existe également un centre de réadaptation à Salluit, lequel a ouvert ses portes en avril 1999 et offre des services à l'ensemble de la région.

Le rôle de centre hospitalier en soins de courte durée : Des lits de soins de courte durée sont disponibles dans les deux centres de santé. Ces derniers offrent des services diagnostiques, ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés. Les centres de santé doivent veiller à ce que les personnes requérant de tels services, y compris des soins infirmiers et psychosociaux spécialisés, les reçoivent.

Le rôle de CHSLD : Des lits de soins de longue durée sont aussi disponibles dans les deux centres de santé. Ces derniers offrent, de façon temporaire ou permanente, un milieu de vie substitut, des services d'hébergement, d'assistance et de soutien aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel.

Outre les services ci-dessus, le Centre de santé Inuulitsivik est aussi responsable d'un centre de réintégration à Inukjuak, qui a ouvert ses portes en 2000 et offre des services aux personnes ayant des problèmes sévères de santé mentale. Un service aux patients à Montréal est aussi géré par le Centre de santé Inuulitsivik, prenant en charge les patients inuits qui sont transférés vers la métropole pour des soins non disponibles localement, soit environ 1500 personnes par an, dont 20 % en urgences. Il est à noter que la majorité d'entre eux est référée au Centre universitaire de santé McGill.

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, pour sa part, offre des services professionnels aux clients de la résidence pour personnes âgées Tusaajiapik, localisée à Kuujjuaq, et a également pour mandat de coordonner les activités de son centre de jour.

Organismes communautaires subventionnés par des programmes provinciaux

La région compte également plusieurs organismes communautaires qui interviennent en partenariat avec la RRSSSN auprès de différentes clientèles, tels que les femmes, les jeunes et les toxicomanes.

Les organismes communautaires subventionnés qui offrent des services au Nunavik le sont par le programme de soutien aux organismes communautaires du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ils sont regroupés selon trois secteurs d'activités, soit :

- la promotion et les services à la communauté ;
- les services aux femmes et aux hommes en difficulté ;
- les services à la jeunesse.



Projets communautaires subventionnés par des programmes fédéraux

La RRSSSN gère aussi cinq programmes fédéraux subventionnés par Santé Canada, soit :

- le programme Grandir ensemble ;
- un programme en santé mentale ;
- le Programme canadien de nutrition prénatale ;
- un programme pour contrer la violence familiale ;
- un programme d'aide et de soins à domicile et en milieu communautaire.

Ces programmes ont permis de créer dans les villages une cinquantaine de projets pour améliorer le bien-être de la population.

LES DÉFIS D'UNE RÉALITÉ NORDIQUE

Le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik est encore en pleine croissance. Beaucoup reste à faire pour mettre en place les infrastructures nécessaires au bien-être des usagers du Nunavik. Des ressources humaines, matérielles et financières sont continuellement déployées pour assurer une distribution adéquate des services.

C'est donc un grand mandat dont la RRSSSN doit s'acquitter. Sa gestion, basée sur les besoins de la population en matière de soins de santé et de services sociaux, repose sur l'optimisation des ressources mises à sa disposition.

Devant composer avec une réalité nordique loin de la réalité du reste de la province, les intervenants et professionnels du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik font aussi face à de nombreux défis, tant au niveau culturel, social que financier.

Géographie éloignée

De par sa situation géographique, le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik doit composer avec des coûts de transport énormes, les seuls moyens de transport reliant la région avec les grands centres, plus de 1000 kilomètres au Sud de la province, étant l'avion et le bateau. L'augmentation du prix des carburants contribue elle aussi à faire augmenter le coût déjà élevé des transports entre le Nord et le Sud. Ces coûts s'ajoutent aux coûts des médicaments, ainsi que de l'équipement et du matériel médical, ce qui contribue aux coûts beaucoup plus onéreux, comparativement au reste de la province, des services de santé.

Les centres hospitaliers du Nunavik ne bénéficiant pas de la présence permanente de spécialistes sur place, ceci entraîne de nombreux déplacements vers le Sud pour les patients nécessitant des soins plus spécifiques. La réalité nordique implique également un grand nombre d'évacuations médicales par avion ambulance, dans les cas d'urgence. À cela, s'ajoutent les visites temporaires des spécialistes au Nord. Tous ces déplacements, que l'on ne retrouve peu ou pas dans les autres régions du Québec, s'avèrent très onéreux et contribuent à augmenter les frais reliés aux transports.



Dans un effort pour limiter les coûts reliés au transport, la RRSSSN se doit de faire preuve de d'innovation pour trouver des moyens d'obtenir des services tout en évitant des frais de déplacements inutiles. La télémédecine, par laquelle des consultations médicales peuvent avoir lieu via vidéo-conférence, en est un bon exemple.

Le Nunavik étant donc isolé du reste de la province, la RRSSSN et les deux centres de santé de la région se doivent aussi d'offrir des primes d'éloignements et autres avantages sociaux au personnel qui doit souvent être recruté de l'extérieur de la région. Ceci augmente donc les coûts de la masse salariale de façon considérable.

Pénurie de logements

Le Nunavik fait présentement face à une pénurie de logements. Le manque de logement et le nombre élevé d'individus devant partager les logements disponibles contribuent certainement à la présence de certains problèmes sociaux, tels la violence familiale et un haut taux de suicide chez les jeunes, auxquels la RRSSSN et les centres de santé de la région se doivent de faire face. Avec une population en croissance constante, le taux de naissance étant en moyenne de près de 30 % chaque année, cette crise du logement s'avère une réalité avec laquelle nous devons composer encore pendant plusieurs années.

Dû à cette pénurie de logement, les employeurs désirant combler des postes doivent fournir un logis à leur personnel, qui, souvent, ne trouve pas à se loger autrement, les listes d'attentes de chacune des 14 municipalités étant très longues. La RRSSSN et les deux centres de santé de la région, tout comme une grande majorité d'employeurs au Nunavik, se doivent donc de construire des unités de logement, sous peine de voir des postes rester vacants pendant de longues périodes.

Les ressources financières étant limitées, le réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik ne dispose pas présentement d'assez de logements pour pouvoir répondre aux besoins en ressources humaines. La RRSSSN, dont le siège social est à Kuujuaq, n'arrive donc pas à combler ses besoins en personnel puisqu'elle n'a à sa disposition que 32 unités de logement pour loger la quarantaine d'employés qu'elle doit recruter à l'extérieur de la communauté. Il en va de même pour les centres de santé, qui, au total, comptent plus de 500 postes, dont près de la moitié sont souvent occupés par du personnel en provenance du Sud.

Communications en inuktitut

La langue première des habitants du Nunavik, majoritairement Inuits, étant l'inuktitut, la RRSSSN doit faire traduire une grande majorité des documents en provenance du MSSS ou de Santé Canada, plus particulièrement ceux s'adressant directement à la population, comme, par exemple, les affiches de promotion de la santé et du mieux-être ou encore de prévention des maladies et de certains problèmes sociaux. De même, les centres de santé doivent quotidiennement faire appel à des interprètes pour assurer une bonne compréhension entre le personnel et les patients qu'ils soignent. Tout cela occasionne évidemment des coûts additionnels, lesquels contribuent à faire augmenter les dépenses reliées à la distribution des soins de santé et des services sociaux.



MESSAGE DE LA PRÉSIDENTE

Alasie Arngak



Comme dans les années précédentes, notre organisation a travaillé sur plusieurs dossiers importants au cours de l'exercice 2004-2005. En collaboration avec les deux centres de santé, nous avons investi beaucoup d'énergie dans l'élaboration d'un plan stratégique, qui sera présenté au MSSS dans un avenir proche. Sans aucun doute, l'implantation de ce plan stratégique saura bénéficier à notre population.

En septembre 2004, notre région fut invitée à présenter un rapport intitulé *État de situation du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik pour la Commission parlementaire sur les affaires sociales 2004*, par vidéoconférence. Ce fut une première dans l'histoire politique du Québec !

Comme dans le passé, nous avons poursuivi les travaux dans le dossier des sages-femmes, un dossier très important pour notre région. Ce secteur d'activité est

bien développé sur la côte de l'Hudson, et nous travaillons également à le faire avancer sur la côte de l'Ungava. Ces femmes courageuses méritent d'être reconnues pour leur travail et leur implication dans le réseau sociosanitaire. Donc, au nom de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, je voudrais exprimer notre appréciation pour leur engagement et leur bon travail. Leur présence a touché plusieurs jeunes vies, et nous souhaitons qu'elles continuent à assister les femmes à mettre au monde leurs enfants.

Ayant débuté l'an dernier, la formation pour les jeunes Inuits travaillant dans le réseau des centres de jeunesse à travers le Nunavik s'est terminée avec succès. Je suis fière d'annoncer que nos jeunes ont maintenant accès à des centres de jeunesse pourvus d'un personnel qualifié. J'encourage ce personnel nouvellement formé à poursuivre son excellent travail avec nos jeunes.

Je voudrais remercier notre ancien président, Peter Papialuk, de son implication, sans laquelle nous n'aurions pas pu faire autant.

Je voudrais également remercier toutes les organisations de la région de leur soutien, ainsi que les directeurs et les employés de la RRSSSN de leur dévouement et de leur bon travail au cours de cette année bien remplie.

Enfin, je voudrais reconnaître la contribution et le dévouement de Mme Jeannie May. En tant que directrice générale, elle a fait un excellent travail à la RRSSSN, tout en relevant plusieurs défis.



CONSEIL D'ADMINISTRATION

C'est avec regret que nous nous devons de rapporter la perte de deux membres actifs du conseil d'administration : Aloupa Eetook, représentant de Kangirsuk depuis 1999, est décédé en novembre 2004, et Lucassie Qinuajuak, représentant d'Akulivik depuis 2001, est décédé en février 2005.

Au cours de l'exercice 2004-2005, de nouveaux membres ont été nommés au conseil d'administration, apportant les changements suivants :

- David Pinguapik, nommé représentant de Kangirsuk le 17 janvier 2005, remplace Aloupa Eetook, qui était représentant depuis le 5 novembre 1999.
- Charlie Kumarluk, représentant d'Umiujaq depuis le 24 novembre 2003, a démissionné de son poste le 18 mars 2005. Ce poste était toujours vacant le 31 mars 2005.
- Christina Annahatak, nommée représentante de Tasiujaq le 2 novembre 2004, remplace Johnny Mosesiapik, qui était représentant depuis le 11 novembre 2003.
- Eva Weetaluktuk, nommée représentante d'Inukjuak le 4 août 2004, remplace Sarollie Weetaluktuk, qui était représentante depuis le 10 novembre 2003.

Durant la séance du 7 décembre 2004, les membres du conseil d'administration ont élu parmi leur nombre les personnes suivantes comme membres du comité exécutif :

- Alasie Arngak, représentante de Kangisujuaq, comme présidente ;
- Eli Weetaluktuk, directeur général d'Inuulitsivik, comme vice-présidente ;
- Jeannie May, directrice générale de la RRSSSN, comme secrétaire ;
- Madge Pomerleau, directrice générale de Tulattavik, comme membre ;
- Martha Angutigirk, représentante de Salluit, comme membre.



Le comité exécutif (de gauche à droite) : Jeannie May, Alasie Arngak, Madge Pomerleau et Martha Angutigirk.
(Note : Eli Weetaluktuk est absent sur la photo.)

Composition du conseil d'administration au 31 mars 2005

1. Argnak, Alasie	Présidente, représentante de Kangiqsujuaq
2. Weetaluktuk, Eli	Vice-président, directeur général d'Inuulitsivik
3. May, Jeannie	Secrétaire, directrice générale de la RRSSSN
4. Pomerleau, Madge	Membre du comité exécutif, directrice générale de Tulattavik
5. Angutirgirk, Martha	Membre du comité exécutif, représentante de Salluit
6. Ainalik, Adami	Représentant d'Ivujivik
7. Annahatak, Christina	Représentante de Tasiujaq
8. Annahatak, Jaasi	Représentant du conseil d'administration de Tulattavik
9. Cain, Sarah	Représentante d'Aupaluk
10. Ezekiel, Padlayat	Représentant de l'ARK
11. Greig, Martha	Représentante de Kuujjuaq
12. Karpik, Dallasie	Représentante de Kangiqsualujjuaq
13. Kenuajuak, Aisara	Représentant de Puvirnituq
14. Matte, Peter	Représentant d'Akulivik
15. Niviaxie, Lizzie	Représentante de Kuujjuaraapik
16. Oovaut, Johnny A., Sr.	Représentant de Quaqaq
17. Papiialuk, Peter	Représentant du conseil d'administration d'Inuulitsivik
18. Pinguapik, David	Représentant de Kangirsuk
19. Weetaluktuk, Eva	Représentante d'Inukjuak
20. Vacant	Représentant d'Umiujaq



Les membres du conseil ont assisté à six séances régulières ainsi qu'à l'assemblée générale annuelle. Ils ont adopté un total de 83 résolutions. Le comité exécutif a tenu huit rencontres.

DIRECTION GÉNÉRALE

MESSAGE DE LA DIRECTRICE GÉNÉRALE

Jeannie May



J'ai débuté mon mandat comme directrice générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik le 6 septembre 2004. Au cours de ces derniers mois, j'ai relevé, avec beaucoup d'enthousiasme, plusieurs défis intéressants, tant au niveau régional que provincial et national.

Durant cette période relativement courte, j'ai travaillé fort à évaluer nos services ainsi que notre structure organisationnelle par le biais d'un processus de planification stratégique. Ce processus nous a permis de commencer à rapatrier au Nunavik certains postes basés à Montréal. Comme le conseil d'administration de la RRSSSN, je suis d'avis qu'il est important que nous soyons basé au Nunavik, puisque nous travaillons pour la population de cette région.

En tant qu'Inuk née et élevée au Nunavik, et avec le soutien du conseil d'administration, j'estime avoir l'expérience et les connaissances nécessaires à l'identification des priorités pour la région. Vu l'époque de changement et d'adaptation que nous traversons en ce moment, je crois fermement qu'il est de notre responsabilité de nous assurer que la population du Nunavik reçoive tout ce dont elle a besoin en matière de soins de santé et de services sociaux.

Au cours de quelques décennies seulement, les habitants du Nunavik ont dû relever maints défis. Ils ont non seulement dû s'adapter à un mode de vie non-inuit, mais ont aussi subi la perte de leur identité à cause de ce "nouveau" mode de vie qui leur a été imposé, étant obligés d'apprendre à travailler à l'intérieur de structures créées par des non-Inuits. L'impact que cela a eu sur notre peuple est dramatique : les Inuits du Nunavik affichent un taux de suicide des plus élevés au Québec ; l'alcoolisme et la toxicomanie font des ravages ; et plusieurs formes de violence se manifestent au sein de notre population.

En tant qu'organisme oeuvrant dans le secteur de la santé, notre tâche est énorme, ces problèmes importants se devant d'être résolus. Cependant, je suis convaincue que notre peuple saura se relever et aller de l'avant vers un avenir meilleur. C'est en se donnant les moyens de guérir, de se réconcilier avec le passé et de regagner notre identité comme Inuits, que nous pouvons réussir.

Finalement, je voudrais profiter de l'occasion pour remercier les membres du conseil d'administration de la RRSSSN, ainsi que ses directeurs et employés, avec qui j'ai travaillé et continuerai de travailler étroitement afin de m'assurer que notre région tire profit des services offerts par la RRSSSN et ses partenaires.



MISSION

La direction générale a pour mandat de diriger l'ensemble des activités de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et de s'assurer de la mise en oeuvre de sa mission. Elle exécute les décisions du conseil d'administration et lui fournit l'information permettant la prise de décision.

Ses responsabilités sont :

- définir la mission de la RRSSSN ;
- s'assurer que chaque direction et chaque organisme relevant de la RRSSSN réalise son mandat ;
- veiller à la protection des usagers et promouvoir leur participation dans le réseau de la santé et des services sociaux ;
- soutenir les établissements et partenaires du réseau de la santé et des services sociaux au Nunavik dans l'adaptation des services aux besoins des 14 communautés ;
- veiller au respect de la *Loi sur l'accès à l'information* ;
- s'assurer que les services offerts partout au Nunavik soient disponibles dans les trois langues en usage dans la région : inuktitut, français et anglais.

MODIFICATIONS DE POLITIQUES

L'objectif des politiques adoptées par la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est de faciliter une saine gestion des ressources humaines, et ce dans le respect de sa mission. En élaborant des directives tenant compte des disparités régionales et en précisant les procédures à suivre, la RRSSSN s'assure que ses employées puissent profiter des avantages couverts par ces politiques.

Les politiques suivantes ont été modifiées au cours de l'exercice 2004-2005 :

- *Politique de logement*
- *Politique régionale de déplacement des usagers pour tous les établissements de la région 17 (Nunavik)*
- *Politique de préparation et de présentation de documents pour le conseil d'administration et pour la direction générale de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik*



COMMUNICATIONS

Par l'entremise de son agent d'information, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik publie un bulletin trimestriel intitulé *Tusarsimaviit?*, qui a pour but de tenir la population du Nunavik, ainsi que les partenaires de la RRSSSN dans le réseau provincial de la santé et des services sociaux, informés des activités qu'elle coordonne avec ses partenaires locaux.

L'agent d'information est aussi responsable de la production du rapport annuel de la RRSSSN, tel que celui-ci, à la fin de chaque exercice financier.

L'agent d'information travaille en collaboration étroite avec une équipe de spécialistes en communications pour s'assurer que tous les documents produits et publiés par la RRSSSN sont traduits dans les trois langues en usage de la région : inuktitut, français et anglais.

▽ ai	◁ a	Δ i	▷ u	• x 2
∇ pai	< pa	Λ pi	> pu	◁ p
U tai	C ta	∩ ti	∩ tu	◁ t
9 kai	6 ka	P ki	d ku	6 k
7 gai	6 ga	Γ gui	J gu	6 g
7 mai	L ma	Γ mi	J mu	6 m
~ nai	~ na	~ ni	~ nu	~ n
4 sai	4 sa	4 si	4 su	4 s
~ lai	~ la	~ li	~ lu	~ l
4 jai	4 ja	4 ji	4 ju	4 j
∇ vai	◁ va	Δ vi	▷ vu	◁ v
~ rai	4 ra	~ ri	P ru	4 r
9 qai	6 qa	9 qi	9 qu	6 q
~ 7 ngai	~ 6 nga	~ 7 ngi	~ J ngu	~ ng



DROITS DES USAGERS

Un des buts de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est de s'assurer du respect des droits des usagers. À cette fin, elle emploie le régime d'examen des plaintes prévu par la loi et en application dans les deux centres de santé du Nunavik —le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et le Centre de santé Inuulitsivik. Dans chacun de ces établissements, une personne est désignée pour recevoir et étudier les plaintes relatives aux services. Cette personne est responsable de fournir le support nécessaire aux usagers dans la formulation de plaintes ou dans toute autre étape du processus d'examen des plaintes.

SOMMAIRE DU RAPPORT DES PLAINTES 2004-2005 DU CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

En 2004-2005, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a reçu douze (12) plaintes, dont huit ont été traitées, trois sont toujours en cours de traitement, et une autre a été transmise au Centre de santé Inuulitsivik.

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava Sommaire du rapport des plaintes 2004-2005 du 1^{er} avril 2004 au 31 mars 2005

No. de plainte	Raison de la plainte	Communauté	Direction	Suivi
90	Attitude du personnel et malentendu	Kangirsuk	Services communautaires et de réadaptation	Résolue
91	Malentendu	Kuujuaq	Protection de la jeunesse	Résolue
92	Organisation des services	Quaqtaq	Services communautaires et de réadaptation	En attente
93	Attitude du personnel	Kuujuaq	Services communautaires et de réadaptation	Résolue
94	Attitude du personnel	Kuujuaq	Services professionnels	Résolue
95	Malentendu	Kuujuaq	Services professionnels	En attente
96	Communication	Kuujuaq	Services professionnels	En attente
97	Communication	Kangirsuk	Services professionnels	Résolue
98	Confidentialité	Kuujuaq	Services professionnels	Résolue
99	Organisation des services	Kangiqsujaq	Inuulitsivik - Services de liaison	Transmise à Inuulitsivik
100	Organisation des services	Kuujuaq	Services communautaires et de réadaptation & Soins infirmiers et services hospitaliers	Résolue
101	Organisation des services	Quaqtaq	Services communautaires et de réadaptation & Services professionnels	En attente

SOMMAIRE DU RAPPORT DES PLAINTES 2004-2005 DU CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK

Le Centre de santé Inuulitsivik n'a aucune plainte à signaler pour 2004-2005.



VERS UN GOUVERNEMENT AUTONOME

HISTORIQUE

La signature de la *Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ)* avec les gouvernements provincial et fédéral, le 11 novembre 1975, a marqué la première étape vers un gouvernement autonome pour les Inuits du Nunavik. En plus de conférer aux Inuits des droits spéciaux sur certaines catégories de terres, la *CBJNQ* a aussi rendu possible la mise sur pied de certaines institutions publiques propres aux Inuits, telles l'Administration régionale Kativik (ARK), leur permettant de gérer leurs propres municipalités ; la Commission scolaire Kativik (CSK), leurs permettant de prendre charge leur éducation ; et une régie régionale pour qu'ils puissent coordonner les services de santé et services sociaux sur leur territoire.

Afin de poursuivre le mandat de l'Association des Inuits du Nouveau-Québec (AINQ), créée en 1971 dans le but de mettre sur pied un gouvernement spécifique à la région, et grâce à laquelle la *CBJNQ* fut signée, la société Makivik voyait le jour en 1978 pour s'assurer du respect de la convention ainsi que de la mise en oeuvre de l'administration autonome prévue dans les dispositions de la convention. Depuis, Makivik, en collaboration avec les instances régionales, travaille pour atteindre cet objectif.

Après un nombre d'années, vers la fin de 1999, une entente politique fut enfin signée entre le Nunavik et les gouvernements provincial et fédéral, donnant aux Inuits les moyens de débiter les négociations pour l'établissement de leur propre gouvernement. Une commission fut donc créée avec le mandat d'élaborer des recommandations sur la forme de gouvernement la plus appropriée pour la région, sa mise en oeuvre et son fonctionnement. C'est ainsi qu'à l'automne 2000, alors qu'on célébrait le 25^e anniversaire de la *CBJNQ*, que la commission du Nunavik se lançait dans la rédaction d'un rapport qui contiendrait toutes ces recommandations. Le rapport, intitulé *Partageons*, fut déposé au printemps 2001, préconisant la mise sur pied d'une forme de gouvernement fortement autonome ainsi que d'une assemblée du Nunavik. Ce document servirait ensuite de base aux négociations avec Québec et Ottawa pour l'obtention d'une autonomie gouvernementale au Nunavik.

Suite à des audiences publiques tenues au Nunavik, ainsi qu'à une conférence des leaders inuits de chacune des communautés de la région, il fut décidé qu'il était temps de passer à la table des négociations. Des négociateurs furent donc nommés pour représenter le parti du Nunavik, tandis que Québec et Ottawa nommaient leurs négociateurs respectifs.



NÉGOCIATIONS RÉCENTES

Depuis le début de ces négociations récentes sur l'autonomie gouvernementale, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), par le biais de diverses résolutions, a toujours appuyé les efforts de la société Makivik dans ce dossier.

À l'été 2002, une ébauche de ce qui deviendrait l'entente cadre, document nécessaire pour entamer le processus officiel de négociations, fut développée. Peu après, il fut décidé qu'un comité consultatif, composé de représentants de chacun des organismes régionaux, serait établi afin d'assister les négociateurs de Makivik, représentant le parti du Nunavik, dans la rédaction de cet important document. En octobre 2002, le conseil d'administration de la RRSSSN a donc adopté une résolution (# 2002-27) nommant ses deux représentants : Johnny Naktialuk (alors président de la RRSSSN) et Jean-Guy Létourneau. Aujourd'hui, les représentants sont Eli Weetaluktuk et Jean-Guy Létourneau.

Suite à une rencontre du comité consultatif à Kangirsuk pendant l'hiver 2003, il fut décidé que les élus devaient également se rencontrer régulièrement, sous forme de caucus, afin de soutenir les négociateurs du parti du Nunavik et de les guider dans leurs décisions. Ce comité est maintenant composé des présidents de tous les organismes publics du Nunavik —l'ARK, la CSK et la RRSSSN— ainsi que de Makivik.



Kangirsuk

En mai 2003, la RRSSSN adoptait une autre résolution (# 2003-27) afin d'appuyer Makivik dans la représentation, pendant les négociations avec les gouvernements provincial et fédéral, des instances régionales —l'ARK, la CSK et la RRSSSN— à être fusionnées sous une seule autorité. Cette résolution a également approuvé l'ébauche de l'entente cadre proposée, selon laquelle l'autorité fusionnée s'appellerait dorénavant *Nunavimmiut Aquuvvinga* (le gouvernement du Nunavik) et son assemblée, *Uqarvimarik* (l'assemblée législative des élus). Néanmoins, ces appellations devront d'abord être approuvées par le futur gouvernement.

Quelques mois plus tard, suite à maintes modifications au texte proposé, l'entente cadre fut enfin approuvée. Le 14 juillet 2003, celle-ci fut signée par les trois parties—le Nunavik, le Québec et le Canada.

Pendant un certain temps, la CSK était en désaccord avec le processus de négociation pour la mise en oeuvre d'un éventuel gouvernement autonome au Nunavik. Elle a donc refusé de faire partie du comité consultatif et de participer aux dits pourparlers, et a même amené Makivik en cour pour avoir débiter les négociations sans son approbation, demandant une injonction définitive pour interdire la poursuite de celles-ci. À la suite de la signature de l'entente cadre, la CSK a aussi tenté d'obtenir une injonction interlocutoire pour cette dernière, mais celle-ci fut rejetée par la Cour. Éventuellement, la CSK laissa aussi tomber sa demande d'injonction définitive. Pendant ce temps, la société Makivik a dû engager des avocats pour représenter les autres organismes impliqués —l'ARK et la RRSSSN. Seulement pour représenter la RRSSSN, il en coûta près de 95 000 \$ à Makivik.

La CSK a fini par se joindre au comité consultatif pour enfin participer activement aux négociations. C'est ainsi que la prochaine étape vers l'autonomie gouvernementale pour le Nunavik a pu être entreprise. L'entente cadre identifiant déjà le processus officiel des pourparlers à venir, le temps était venu de rédiger un autre document, lequel établirait la composition de ce futur gouvernement : nombre de personnes élues ; nombre de départements ; ses pouvoirs ; ses responsabilités ; ses limitations ; etc. Ce document ferait office d'entente de principe.

Alors que les trois parties —le Nunavik, Québec et Ottawa—étaient de retour à la table des négociations, un groupe de six individus fut formé avec comme tâche de se pencher sur les besoins de la nouvelle instance en matière de ressources humaines, financières et matérielles, de coûts d'implantation, de budget récurrent ainsi que de certains autres aspects de l'éventuelle fusion.

Coordonnés par Makivik, les membres de ce groupe de six sont deux représentants de l'ARK, deux représentants de la CSK et deux représentants de la RRSSSN. Dans sa résolution numéro 2005-06, adoptée le 7 janvier 2005, le conseil d'administration de la RRSSSN nommait deux représentants —Silas Watt et Jean-Guy Létourneau— pour faire partie de ce groupe de six.

Le groupe de six s'est ensuite réuni à deux reprises : la première fois avec les négociateurs de Makivik, le négociateur provincial et des représentants fédéraux ; et la deuxième fois avec un représentant des négociateurs de Makivik, le négociateur provincial et des représentants de l'ARK, de la RRSSSN et de la CSK, dont, pour la première fois, les directeurs des ressources humaines, financières et matérielles de la CSK. Lors de ces rencontres, les membres du groupe ont présenté leurs organigrammes respectifs actuels.

Il fut décidé que chacune de ces institutions publiques à être fusionnées en une seule autorité conserverait ses propres particularités afin d'assurer le respect de leurs missions respectives. La vraie fusion se ferait donc plus au niveau de leurs conseils d'administration respectifs, créant ainsi l'*Uqarvimarik*, soit l'assemblée de cette nouvelle et unique autorité. Les directeurs généraux et leur personnel composeraient le *Secrétariat général* de ce nouveau gouvernement, tandis que son administration centrale et son service des finances seraient composés des services des finances, des ressources humaines, des communications, des achats, de voyage, du logement, de la traduction et du maintien de ces institutions.

Le groupe de six doit maintenant présenter aux négociateurs des trois parties un document identifiant les coûts estimés de fonctionnement et de capital. Ce document sera joint à l'entente de principe, mais il n'aura pas de force obligatoire sur ce dernier.

Entre-temps, deux représentants des employés de la RRSSSN furent élus, l'un par ses professionnels, l'autre par ses techniciens en administration. Ces deux représentants se sont joints aux représentants syndicaux de l'ARK et de la CSK afin de discuter des conditions de travail —avantages sociaux, postes, etc.— des employés du futur gouvernement, mais surtout sur l'importance de les harmoniser autant que possible, tout en respectant les particularités de chaque groupe ainsi que des services qu'ils assurent à la population.

Au printemps 2005, un texte pour l'entente de principe fit l'objet d'un consensus entre les négociateurs des trois parties—Makivik et les gouvernements provincial et fédéral. Ce texte fut soumis et approuvé lors de la dernière assemblée générale annuelle de Makivik, tenue à Akulivik. Il fut aussi décidé qu'un référendum devrait se tenir auprès de la population afin de laisser aux *Nunavimmiut* la décision d'accepter ou non la mise en oeuvre proposée de ce qui deviendrait leur gouvernement.

Les négociateurs devraient déposer cette proposition d'entente de principe à l'automne 2005, pour approbation par le Cabinet des ministres provincial et fédéral. Un référendum suivra peu après au Nunavik afin d'obtenir l'approbation des *Nunavimmiut*.

Une fois l'entente de principe acceptée, la prochaine étape sera la rédaction de l'entente finale. Entre-temps, les négociations se poursuivent et le groupe de six continue de travailler pour l'obtention de la meilleure fusion possible.

DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION

MESSAGE DE LA DIRECTRICE

Roselyne Ferguson



L'exercice 2004-2005 a vu beaucoup d'activités sur plusieurs fronts. Au niveau du personnel, Normand Tremblay, Daniel Michaud et Susie Gordon ont pris des congés sans solde ; Mireille Bilodeau est revenue de son congé ; Elizabeth Klimczak a été embauchée pour assumer le dossier des personnes en perte d'autonomie et Danielle Richard pour remplacer M. Michaud.

Dans ce rapport annuel, chaque agent présente les travaux accomplis dans son dossier en 2004-2005. Je vous invite à en prendre connaissance. Si vous avez des questions, vous pourrez les poser à l'assemblée annuelle générale en octobre 2005, ou vous pourrez communiquer avec la RRSSN.

Jusqu'à ce jour, le recrutement du personnel, tant localement qu'à l'extérieur de la région, demeure un défi de taille. Les primes aux infirmières et les contrats des médecins servent de mesures incitatives pour attirer les professionnels de la santé à la pratique dans le Nord, mais ils ne constituent pas une garantie de permanence au niveau de leur séjour. Quant au domaine des services sociaux, nous n'avons pas les moyens d'offrir de telles primes aux professionnels, ce qui explique nos difficultés à combler une variété de postes : assistants sociaux, travailleurs sociaux, psychoéducateurs, psychologue, etc.

En matière de développement de services, Santé Canada nous a octroyé des fonds pour l'implantation de la téléradiologie. Il reste quelques difficultés à solutionner, mais avec la collaboration des deux centres de santé, nous devrions avoir un système de pointe fonctionnel d'ici la fin de 2005.

Nous avons également travaillé sur les plans directeurs de la télésanté et des ressources informationnelles, lesquels seront déposés au MSSS suivant l'approbation du conseil d'administration. Nous voudrions souligner la contribution des professionnels du Centre universitaire de santé McGill, de l'Hôpital de Montréal pour enfants, du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, du Centre de santé Inuulitsivik et de la Direction des services administratifs de la RRSSN à la réalisation de ces plans directeurs ; leurs efforts et leur engagement ayant rendu possibles ces travaux.

Depuis septembre 2003, nous participons activement à l'élaboration de la planification stratégique. Ce processus est plus long qu'on ne le pensait. Toutefois, notre engagement demeure solide, et nous travaillons fort à établir le portrait des services de santé et des services sociaux au Nunavik. Notre but ultime est d'améliorer l'état de santé de la population de la région en développant des services appropriés tant au niveau humain qu'au niveau financier.

Enfin, je voudrais profiter de l'occasion pour remercier le personnel de la Direction de la planification et de la programmation et des deux centres de santé de leur efforts soutenus et de leur engagement.

Je peux assurer les Nunavimmiut que l'équipe de la planification et de la programmation s'efforce constamment de faire mieux. Nous demeurons dévoués à notre mission de planifier, organiser, réaliser et évaluer les programmes les mieux adaptés à la population du Nunavik.

Merci !



SERVICES MÉDICAUX

MAIN-D'OEUVRE MÉDICALE

Plusieurs membres de l'équipe du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava avaient quitté, laissant le centre avec un seul médecin et plusieurs dépanneurs. Heureusement, en cours d'année, trois nouveaux médecins ont été recrutés. Quant au Centre de santé Inuulitsivik, il a compté sur la présence d'une équipe complète, avec trois omnipraticiens à plein-temps et dix à mi-temps.

Au cours de l'année 2004-2005, cinq médecins ont quitté la région, et seulement deux s'y sont installés. Nous avons versé 292, 326 \$ à un total de 19 médecins en primes d'installation et de maintien.

STAGES DE FUTURS MÉDECINS DANS LA RÉGION

Les différents stages que les futurs médecins peuvent faire dans la région au cours de leur formation ont toujours été vus comme le meilleur moyen de recruter des médecins. À cet effet, différentes activités ont été organisées en cours d'année pour rejoindre les étudiants en médecine et pour faire la promotion de la région, soit des journées carrière, conférences-midi, publications et autres publicités, pour un total de 105,592 \$.

Les résultats se sont montrés à la hauteur des attentes. Au coût de 67,988 \$, 12 étudiants ont pu faire des stages d'été au Nunavik. Dix externes et 15 résidents ont aussi choisi le Nunavik pour effectuer leur stage en médecine familiale, pour une somme de 83,103 \$.

RAPATRIEMENT DES SERVICES MÉDICAUX SPÉCIALISÉS

Le Centre de santé Inuulitsivik a organisé 59 visites de spécialistes par rapport à 56 l'année précédente, et a effectué 297 chirurgies par rapport à 281 l'année précédente, ces dernières étant principalement dans le domaine dentaire, de la plastie, de l'ORL (amygdalectomies, myringotomies et tympanoplasties), de la gynécologie et de l'orthopédie.

Au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, 16 visites ont été organisées avec le concours de 28 spécialistes, et ce dans quatre secteurs paramédicaux. Des séances de chirurgie ont également eu lieu.

ENTENTES DE SERVICES AVEC DES ÉTABLISSEMENTS DE MONTRÉAL

L'entente de services avec le CHUM pour un projet-pilote de deux ans en ce qui a trait aux services psychiatriques aux adultes est échue depuis octobre 2003. Le rapport final d'évaluation du projet a été présenté en janvier 2004, mais la nouvelle entente négociée entre les différents partenaires n'a pu être signée dû à un différend concernant le paiement des deux lits réservés à la clientèle du Nunavik.



Une entente similaire pour les services en pédopsychiatrie avec le Centre universitaire de santé de McGill (l'Hôpital de Montréal pour enfants) et l'Agence de développement de Montréal-Centre fait encore l'objet de discussion et n'a pu être finalisée.

Il est prévu, à l'intérieur de ces deux ententes, que des mécanismes de collaboration devront être mis en place entre ces deux centres universitaires pour optimiser l'apport et l'expertise de leurs professionnels au bénéfice de la clientèle du Nunavik.

Dû à une restructuration des services dans la région de Montréal, les discussions au sujet de l'entente avec l'Institut Philippe Pinel de Montréal, concernant les services pour la clientèle judiciarisée et pour les personnes présentant des problèmes de dangerosité, n'ont pas progressé.

De son côté, le réseau universitaire intégré de services (RUIS) de McGill, qui réunit des représentants des régions de l'Outaouais, de l'Abitibi, de la Montérégie, de la Baie-James, des Territoires cris et du Nunavik, ainsi que des membres montréalais associés à McGill, a débuté ses activités et a entendu les demandes de divers représentants de ces milieux.



RÉORGANISATION DES LABORATOIRES

L'informatisation des laboratoires, incluant les points de services, a été complétée sur le territoire du Centre de santé Inuulitsivik. Il ne reste plus qu'à procéder au rehaussement du logiciel, de façon à éliminer les problèmes qui ont été observés au cours des quelques mois d'utilisation.

Du côté de l'Ungava, le laboratoire a été aménagé dans ses nouveaux locaux, ce qui a permis de procéder à l'informatisation, laquelle a été complétée dans tous les villages.

Les questions de l'informatisation des archives et du développement d'un index des patients font partie du plan directeur des ressources informationnelles, lequel comprend le déploiement du dossier de santé électronique.

SERVICES MÉDICAUX NON ASSURÉS

Une entente de gestion a été négociée avec le ministère concernant les dépenses admissibles au financement de ce secteur, pour un total de 16,700,000 \$. Cette entente définit les populations cibles, les modalités d'accès aux services, les catégories de services non assurés, les services de santé non assurés inadmissibles ainsi qu'un mécanisme d'appel.

La liste des services admis correspond à celle de Santé Canada. Quelques services spécifiques à la région du Nunavik ont pu y être ajoutés, quoiqu'en nombre très restreint. Le transport des patients et de leurs escortes en font partie, de même que l'hébergement des patients et de leurs escortes lors de leurs transits dans les villages ainsi qu'à Montréal. Les services sociaux ne sont pas inclus.



TÉLÉ-SANTÉ

Le ministère a décidé de développer les services en télé-santé dans les différentes régions du Québec. Ce déploiement se ferait par l'entremise de la structure des RUIS et mettrait sur pied une table de télé-santé.

Notre région a préparé un plan directeur de télé-santé, parallèlement au plan directeur des ressources informationnelles. La question des limites de bandes passantes continue à constituer l'obstacle majeur au déploiement d'un réseau régional efficace.

Par ailleurs, la demande de financement de 800,000 \$ pour doter les deux centres de santé régionaux d'appareils de télé-radiologie et de stockage des films (PACS) a été acceptée par l'agence fédérale et l'entente de contribution a été signée. Un consultant a été engagé et un comité formé des divers partenaires a été mis sur pied afin d'identifier les divers éléments nécessaires à la mise en place de cet équipement. Il a même été considéré d'installer des équipements à Salluit et à Inukjuak, mais le budget ne le permettait pas.

Le fonctionnement de ce système entraîne une collaboration avec le Centre universitaire de santé de McGill, avec lequel les centres de santé du Nord doivent créer des interfaces.

PROGRAMME QUÉBÉCOIS DE LUTTE CONTRE LE CANCER



La région a débuté le déploiement du plan d'action présenté au ministère à la fin de l'année 2004. Le Centre de santé Tulattavik a procédé à l'engagement d'une infirmière pivot pour s'occuper de la chimiothérapie et des soins palliatifs. Le département d'oncologie du Centre universitaire de santé de McGill (CUSM) ayant démontré un intérêt à appuyer le développement de ces services au Nord, un représentant du CUSM s'est rendu au Nunavik pour rencontrer les intervenants et pour se familiariser avec le milieu.

La première campagne de dépistage du cancer du sein a eu lieu dans tous les villages du Nunavik à l'occasion de l'enquête de santé qui a eu lieu de la fin août au début d'octobre 2004. Trois cent quarante-trois mammographies ont été réalisées, dont 311 se situaient à l'intérieur du programme pour les femmes de 50 à 69 ans, pour un taux de participation de 71%. Dix-sept mammographies sont revenues anormales, soit 5%, et deux cancers ont été détectés.

NURSING NORDIQUE

SERVICES INFIRMIERS

Au cours de l'année 2004-2005, le besoin en effectifs infirmiers pour la région du Nunavik est demeuré au cœur des préoccupations. Le point saillant des services infirmiers a été le début du projet de formation de perfectionnement en soins infirmiers pour les infirmières du Nunavik ; un projet qui s'étend sur trois ans.

RECRUTEMENT

Deux sessions de recrutement ont eu lieu au cours de l'année 2004-2005. Quarante-six candidats ont ainsi été ajoutés à la banque régionale. Le Centre de santé Inuulitsivik a eu recours à des agences privées correspondant à l'équivalent d'un salaire à temps complet au cours de l'année.

Selon les équipes de direction en soins infirmiers de la région, les effets de la pénurie d'infirmières se font toujours sentir même si nous notons une augmentation dans les demandes d'emploi au cours des deux dernières années. L'intérêt manifesté par les nouveaux arrivants est de courte durée, ceux-ci étant détournés par des meilleures perspectives d'emploi en région urbaine ou au niveau international.

Pour la troisième fois, des stages en soins infirmiers ont eu lieu au Centre de santé Inuulitsivik ; un groupe de cinq finissants du Cégep de Trois-Rivières ont effectué leurs stages d'intégration de trois semaines à Puvirnituq. Pour la deuxième fois, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a reçu deux stagiaires universitaires. Ils ont effectué un stage de six semaines dans un point de services (CLSC) en santé communautaire.

FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER

En 2004, le programme de formation à l'embauche et de formation continue a été mis en place. Le programme a été développé afin de mieux préparer le personnel infirmier dans leurs tâches quotidiennes. L'agence Solutions Nursing LFC de Montréal a été choisie pour effectuer l'application de ce programme.

En cours d'année, 43 infirmières ont bénéficié de cette formation, dont 20 pour le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et 23 pour le Centre de santé Inuulitsivik, pour un total de neuf sessions. Cette formation a eu un effet positif et est très appréciée du personnel. Nous pouvons dire avec plaisir que 40 des 43 participants demeurent au sein du réseau de la santé du Nunavik.

NOUVEAUX MANDATS

Dans une perspective de rationalisation des effectifs et du respect de l'autonomie des établissements, la RRSSN se retire du dossier de recrutement des infirmières pour la région. Les établissements vont maintenant s'occuper du recrutement de leurs infirmières. Les nouveaux mandats de la conseillère en nursing nordique seront d'assurer la continuité du dossier sur la formation du personnel infirmier et le développement du dossier sur la santé des femmes. À ces derniers s'ajoute l'appui à l'implantation et au bon fonctionnement des comités des infirmières et infirmiers (CII), ainsi que la réalisation de projets de recherche.



SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE ET MESURES D'URGENCE

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Au cours de l'année 2004-2005, malgré les inconvénients causés par l'approbation budgétaire tardive du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et le départ du responsable du dossier en octobre 2004, nous avons été en mesure de compléter l'implantation des services préhospitaliers d'urgence dans les villages de Kangiqsujuaq et d'Inukjuak. Les ententes de partenariat entre lesdites municipalités et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik avaient préalablement été signées. Une formation spécifique de 64 heures a été donnée aux premiers répondants inuits afin de les rendre aptes à donner des services préhospitaliers d'urgence adaptés à ces deux communautés.

Les services sont maintenant implantés dans quatre communautés. La population de ces communautés apprécie ce nouveau service, et se sent de plus en plus en sécurité et mieux équipée pour faire face aux incidents majeurs nécessitant une intervention immédiate. Nous poursuivons nos efforts pour élargir ces services à l'ensemble du territoire du Nunavik.

L'entente quadripartite entre les deux communautés de Kuujjuaraapik et de Whapmagoostui et les deux organismes régionaux de santé, l'un inuit, l'autre cri, n'est pas encore signée. L'objectif demeure d'assurer la pérennité du projet.

Au 31 mars 2005, nous sommes toujours sans nouvelle du MSSS concernant la demande de financement pour la poursuite de l'implantation de ces services dans les villages d'Akulivik et de Kangirsuk.

Afin de faciliter l'implantation d'un projet d'une telle ampleur, nous nous devons de composer avec une réalité qui nous contraint à gérer la livraison du matériel dans les communautés sur une courte période de temps, soit durant la période de juillet à octobre. La méconnaissance et l'ignorance de ce facteur pour plusieurs, les différentes contraintes de négociations avec nos partenaires, ainsi que le mutisme de certains de nos interlocuteurs contribuent systématiquement à rendre la réalisation de notre projet excessivement laborieuse, année après année.

PLAN RÉGIONAL DE MESURES D'URGENCE

Nous avons préparé notre plan régional de mesures d'urgence. Il sera bientôt déposé au conseil d'administration de la RRSSSN pour approbation. À ce plan se joindront les plans locaux des deux établissements.

Nous assurons un service de garde d'urgence 24 heures sur 24, sept jours sur sept, dans tout le réseau régional de la santé et des services sociaux.



SAGES-FEMMES

Tout au cours de l'année, des discussions ont été tenues au niveau provincial en ce qui a trait à la *Loi sur les sages-femmes*. Les négociations se poursuivent pour la reconnaissance de la formation des sages-femmes inuites. Malgré des efforts soutenus, nous n'avons jusqu'à présent pas reçu d'engagement officiel afin que soit abrogé l'article 12 pour que la formation spécifique qui se donne au Nunavik soit reconnue.

Du côté de l'Hudson, la maternité de Salluit est maintenant fonctionnelle, ce qui complète le plan de services mis de l'avant par le Centre de santé Inuulitsivik. Dans la communauté d'Inukjuak, on a continué de former des sages-femmes inuites afin d'y offrir également des services de maternité.

La RRSSSN a également examiné la possibilité d'instaurer des services de maternité sur la côte de l'Ungava, où un programme de sages-femmes est souhaité par la population depuis longtemps. Un accouchement en présence de sages-femmes se rapproche davantage de la culture et des coutumes inuites, puisque, traditionnellement, les femmes inuites accouchaient en compagnie d'autres femmes inuites. Le travail des sages-femmes est donc, d'une certaine façon, un moyen de préserver la tradition inuite.

Pour suppléer au nombre limité de médecins dont il dispose, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava se doit souvent de transférer les femmes à l'extérieur pour leur accouchement. Un programme de sages-femmes serait donc une alternative souhaitable pour les femmes qui préfèrent accoucher plus près de chez elles.

Suite à une demande faite auprès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), nous avons reçu une subvention de 485,000 \$ pour l'engagement de sages-femmes et l'implantation d'un service de maternité à Kuujuaq. Le MSSS a aussi octroyé deux logements à cet effet.

Malheureusement, nous n'avons pas encore pu faire démarrer ce projet, certains défis restant à surmonter avant que celui-ci ne se concrétise. Les efforts sont donc maintenus afin de doter le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava d'un tel service, si possible dans un avenir rapproché.



NUTRITIONNISTE

Le rôle de la nutritionniste à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est de soutenir les centres de santé dans leurs mandats et de collaborer avec l'administration régionale et les communautés dans la réalisation de projets reliés à la nutrition.

Au cours de l'an passé, nous nous sommes impliqués dans une large gamme de projets et d'activités concernant la nutrition. Plusieurs outils reliés à la nutrition et adaptés à la culture inuite ont été conçus et beaucoup d'efforts investis dans la promotion de et la sensibilisation aux bonnes habitudes alimentaires au Nunavik.

Voici quelques étapes importantes que nous avons entreprises afin d'approfondir les connaissances sur la nutrition dans la région :



- nous avons élaboré un plan d'action triennal pour 2004-2007 ;
- nous avons poursuivi notre participation active au Comité sur la nutrition et la santé au Nunavik ;
- nous avons poursuivi notre participation active au Comité régional sur le diabète ;
- le projet « Healthy Living Tour » est au stade d'implantation ;
- un CD-ROM *Nutrition at your Fingertips*, contenant un assortiment de divers pamphlets et documents sur la nutrition, a été conçu et des copies distribuées aux CLSC de la région ;
- le bulletin d'information, *Hooked on Nutrition*, est au stade de révision par des groupes de discussion ;
- un guide sur la bonne nutrition et les bons choix à l'épicerie, sous forme de pamphlet, a été conçu et des exemplaires distribués dans le cadre du programme de bons échangeables contre de la nourriture, administré par l'ARK ;

- un manuel pour soutenir les centres de santé en ce qui concerne la nutrition a été conçu et des exemplaires envoyés au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava ; la participation du Centre de santé Inuulitsivik est également prévue ;
- un projet sur la prévention de l'anémie, une collaboration avec l'ARK et l'Unité de recherche en santé publique du CHUL, a été amorcé ; pour lequel une formation destinée aux cuisiniers a débuté et des menus devraient être mis en oeuvre à l'automne de 2005 ;
- une affiche présentant les résultats d'un projet pilote dans le cadre du Programme aliments-poste, réalisé à Kangiqsujuaq avec la collaboration de l'INAC, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et la communauté, sera présentée à Kangiqsujuaq, et la révision globale des projets-pilote du Programme aliments-poste est en cours ;
- un livre de recettes du Nunavik a été conçu par l'infirmier du programme régional de diabète, et une révision de l'information sur les éléments nutritifs a été complétée.



Pour l'année à venir, nous avons plusieurs projets en marche :

- implantation du projet « Healthy Living Tour » ;
- poursuite du développement du projet sur la prévention de l'anémie ;
- révision du guide de nutrition de 1992 ;
- traduction et distribution du bulletin d'information *Hooked on Nutrition* ;
- groupe de discussion sur la nutrition avec la participation des leaders clés des communautés.

Afin d'atteindre nos objectifs et d'améliorer l'état nutritionnel des Nunavimmiut, nous comptons sur la collaboration de plusieurs leaders et organismes communautaires. La nutrition nous affecte de plusieurs façons et ce, à toutes les étapes de la vie. Ainsi, notre plan sera basé sur le soutien et sera caractérisé par une approche multidisciplinaire.

SERVICES À LA FAMILLE ET À LA JEUNESSE

SERVICES DE RÉADAPTATION

En collaboration avec les deux centres de santé, nous poursuivons nos efforts pour améliorer les services de réadaptation offerts tout en favorisant la venue ultérieure d'une direction régionale des services de réadaptation.

Le comité d'admission en place évalue les demandes régulières de placement, ainsi que les placements d'urgence pour le Centre de réadaptation Sapummivik de Salluit. Depuis sa mise en place, ce comité a évalué plus d'une quarantaine de demandes de placement. Le comité d'admission nous permet aussi d'assurer des discussions cliniques et un meilleur choix de placement pour les jeunes, ainsi que d'établir une liste d'attente. Notre objectif consiste à stabiliser le comité et d'en assurer la continuité malgré le roulement de personnel.

Nous avons entrepris l'installation d'un logiciel pour les services de réadaptation. Ce logiciel génère des rapports d'activités mensuels et annuels en lien avec l'utilisation des services et gère les informations relatives à chaque client. Ceci devrait nous permettre d'être en mesure de répondre aux demandes statistiques du ministère.

Toutes ces étapes préparent le terrain pour la mise en place de la direction régionale tant souhaitée. Cette demande fait partie du plan stratégique qui doit être déposé au ministère.

PROTECTION DE LA JEUNESSE

L'an dernier, les services de la Protection de la jeunesse Inuulitsivik ont reçu une aide financière pour la mise à jour de leur système informatique et les services d'une consultante pour la formation du personnel.

En novembre dernier, tous les intervenants en Protection de la jeunesse du Centre de santé Inuulitsivik recevaient une formation à Montréal sur la *Loi sur la protection de la jeunesse* et la *Loi sur le système de justice pénale pour adolescents* dans le but de mieux les aider à accomplir leur travail.

Les intervenants en Protection de la jeunesse du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava recevront une formation similaire, mais adaptée à leurs besoins, l'année prochaine.



Foyer de groupe de Puvirnituq



Suivi intensif aux familles

Nous avons développé un projet-pilote pour les intervenants en Protection de la jeunesse. Ce programme de suivi intensif aux familles sera mis sur pied à Kuujuaq et à Puvirnituq. Il a pour objectif de permettre aux intervenants d'agir rapidement dans les situations de crise familiale, et d'enseigner aux parents à mieux gérer ces crises avec leurs jeunes pour éviter les placements d'enfants. La formation est prévue pour l'automne 2005.

Collaboration entre les CLSC et la Protection de la jeunesse

Nous sommes à compléter une entente entre les CLSC et la Protection de la jeunesse pour le transfert des jeunes de 17 ans vers les services aux adultes en vue d'assurer un meilleur transfert d'information et suivi.

Équipe d'intervention jeunesse

Un autre projet-pilote a été établi en cours d'année, soit une équipe d'intervention jeunesse au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava. Ce projet de trois ans vise la coordination entre les différents services à la jeunesse. D'autres parts, plusieurs intervenants ont aussi reçu une formation concernant le plan de services individualisés (PSI.)

Nous avons demandé au MSSS le financement nécessaire pour implanter ce même programme au Centre de santé Inuulitsivik avant la fin de 2006.

Entente multisectorielle

La formation habilitant les intervenants à interviewer les jeunes victimes d'abus sexuel devrait être offerte à l'automne 2005. Cette formation permettra de former des équipes spécialisées pour offrir un meilleur support d'aide aux jeunes victimes d'abus sexuels, de mauvais traitements ou de manque de soins physiques dans le processus judiciaire.



PLANIFICATION FAMILIALE ET HABILETÉS PARENTALES

PROGRAMME DE SOUTIEN AUX JEUNES PARENTS

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a octroyé un budget pour le développement d'un programme pour jeunes parents âgés de moins de 20 ans. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) procède donc, en collaboration avec les Centres de santé Tulattavik de l'Ungava et Inuulitsivik, à la promotion et l'implantation de services en prévention destinés aux jeunes parents, de la période prénatale jusqu'à la cinquième année de vie de l'enfant.

En juillet 2004, Santé Canada et le Nechi Training, Research and Health Promotions Institute (Institut Nechi pour la formation, la recherche et la promotion de la santé) ont organisé une conférence internationale sur la mort subite du nourrisson (MSN), à Edmonton, en Alberta. Ce groupe international de professionnels a partagé ses connaissances, son expertise et ses expériences reliées à la mort subite du nourrisson. Son but est de réduire l'incidence de ces morts à travers le monde et d'établir un standard élevé de soutien dans le deuil des familles qui subissent les effets accablants de la mort de leur bébé.

HABILETÉS PARENTALES

La RRSSSN fournit des fonds à la Commission scolaire Kativik (CSK) dans le cadre du Programme de soutien aux jeunes parents. Ainsi, la CSK s'assure que des ateliers sur les habiletés parentales sont organisés dans les 14 communautés du Nunavik.

Le volet habiletés parentales du programme cible les parents et les adultes qui s'occupent d'enfants âgés de 0 à 18 ans. Notez que les grands-parents peuvent également tirer profit de ce programme dans leurs relations avec leurs petits-enfants ou avec leurs enfants adultes. Les outils conçus pour ce volet s'avèrent très efficaces dans l'amélioration du milieu familial.

Il y a cinq sections différentes et indépendantes qui se complètent entre elles, chacune ciblant un groupe spécifique. Ces groupes sont, en ordre de priorité :

1. tout adulte ayant affaire avec des enfants (parents, leaders, etc.) ;
2. les jeunes mères âgées de moins de 20 ans ;
3. les éducateurs et éducatrices dans les garderies ;
4. les enseignants et enseignantes ainsi que les autres membres du personnel des écoles ;
5. les étudiants et étudiantes du secondaire.



L'équipe essaie de présenter la totalité des cinq sections du cours pendant son séjour de deux semaines dans chaque communauté.

En 2004-2005, on a donné le cours sur les habiletés parentales dans les communautés suivantes : Salluit, Kangiqsualujjuaq, Quaqtaq, Tasiujaq et Ivujivik. Dans l'année à venir, l'équipe prévoit d'autres ateliers dans les communautés suivantes : Kuujjuaraapik, Aupaluk, Umiujaq et Puvirnituq.

TROUBLE DU SPECTRE DE L'ALCOOLISATION FOETALE (TSAF)

Le trouble du spectre de l'alcoolisation foetale est l'objet d'un programme continu visant la formation des professionnels, des travailleurs de première ligne et des individus travaillant en prévention, afin d'aider les enfants affectés et leur famille.

À l'automne 2004, des ateliers sur le TSAF furent organisés dans cinq communautés : Tasiujaq, Aupaluk, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq et Kuujjuaq. Ces ateliers étaient destinés aux travailleurs dans les points de service, les centres de mieux-être et les services sociaux, ainsi qu'aux enseignants et enseignantes, aux éducateurs et éducatrices pour enfants ayant des besoins spéciaux, aux éducateurs et éducatrices dans les garderies, aux policiers, aux femmes enceintes, aux parents et aux familles.

Les ateliers sont destinés à les aider à :

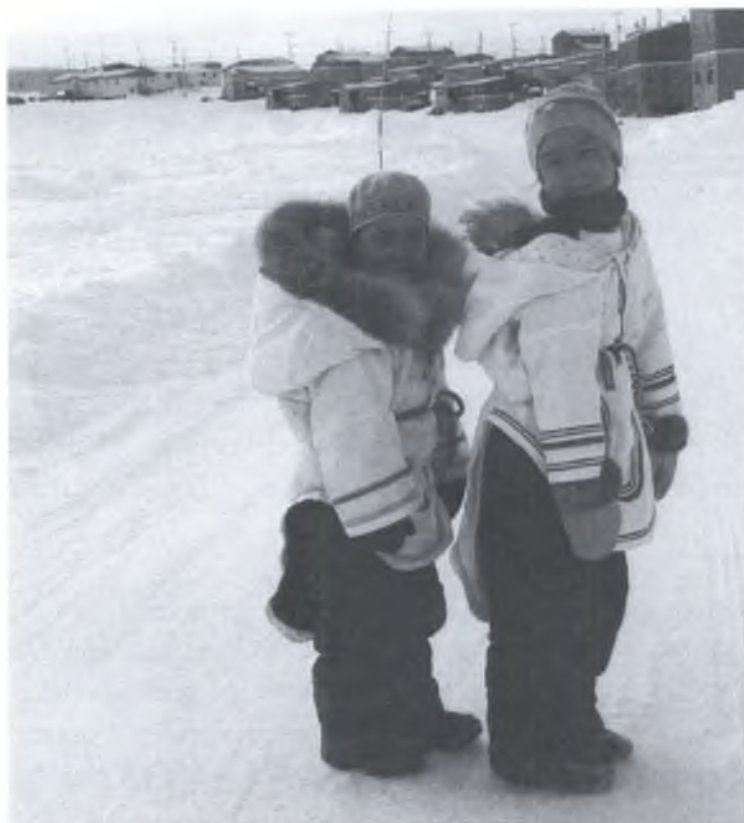
- identifier et comprendre le TSAF ;
- appliquer les stratégies d'intervention aux bébés, aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes affectés par le TSAF ;
- fournir un soutien aux familles affectées par le TSAF ;
- fournir un soutien aux femmes enceintes et à leur conjoint dans leurs efforts à ne pas consommer l'alcool ; élaborer un plan d'action en prévention communautaire.

Un atelier destiné aux co- animateurs et co-animatrices en matière de TSAF s'est tenu à Ottawa en novembre 2004. Les participants venaient de trois régions : du Nunavik, du Nunavut et de la région désignée des Inuvialuit. Les objectifs de cet atelier de quatre jours étaient d'accroître la confiance des participants à donner des présentations et leurs connaissances et compétences par rapport au TSAF.



Pauktuutit, l'association des femmes inuites, a conçu deux trousseaux de ressources et un atelier de formation spécifiques aux Inuits sur le TSAF pour les travailleurs en première ligne ; lesquels sont centrés sur la prévention du et la sensibilisation au TSAF. En février 2005, en partenariat avec Pauktuutit, la RRSSN a organisé un atelier spécifique aux Inuits sur le TSAF à Puvirnituq. Deux formateurs inuits et une représentante du *Consultancy for Alternative Education* (Consultants en éducation alternative) ont animé cet atelier destiné aux participants de chacune des communautés de la côte d'Hudson. Quoique l'atelier ait déjà été offert auparavant dans leur communauté, à l'aide d'un interprète, cette fois les participants étaient plus satisfaits car cette version avait été adaptée aux besoins spécifiques des Inuits. Ils ont également déclaré qu'ils ont appris plus vite parce que la session était donnée entièrement en inuktitut.

Le prochain atelier sur le TSAF sera offert cet automne à Kuujjuaq. Tous les professionnels et les travailleurs de première ligne de chaque communauté de la côte de l'Ungava seront invités à y participer. L'atelier sera également ouvert à la population générale.



DÉVELOPPEMENTS FUTURS

Une clinique de puériculture sera organisée à Kuujjuaq et ciblera les jeunes parents ayant besoin de soutien et d'encadrement en ce qui a trait à leur nouveau-né. Une équipe multidisciplinaire animera des ateliers sur l'éducation des enfants, et des rencontres impliquant d'autres jeunes parents auront lieu. Un premier atelier est prévu pour l'automne 2005. Une fois le projet fonctionnel, il sera également implanté dans d'autres communautés avec la collaboration des intervenants des services sociaux du CLSC.

DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES

SOINS INFIRMIERS

L'année 2004 a débuté avec la formation à l'embauche du personnel infirmier. Cette formation est le fruit d'un laborieux travail auprès du ministère, afin de démontrer l'importance de préparer le personnel infirmier dans le contexte particulier d'une région nordique. Ainsi, l'octroi d'un financement de trois ans, non-récurrent, permet aux deux établissements d'accueillir du personnel infirmier apte à travailler en milieu nordique dès qu'il a reçu son orientation, contrairement à ce qui se faisait auparavant, lorsque l'établissement devait assumer au moins deux semaines de formation spécifique pour consolider les acquis du personnel dans les tâches qu'il a à accomplir quotidiennement au Nunavik.

FORMATION DES CADRES INUITS

Les sessions de formation réservées à tous les gestionnaires inuits travaillant dans le secteur de la santé et des services sociaux ou pour des organismes communautaires ont subi un virage majeur depuis leur début en 2001. Une reconnaissance pour un certificat officiel s'imposait. Ainsi, la Commission scolaire Kativik a maintenu des pourparlers avec l'Université McGill afin de concevoir et réaliser un programme octroyant un certificat universitaire d'une valeur de 30 crédits. Ces négociations ont été efficaces puisqu'un programme condensé en administration de la santé et des services sociaux a ainsi été conçu. Celui-ci permettra aux gestionnaires inuits d'acquérir des connaissances approfondies dans l'organisation, le fonctionnement et la gestion des services dans les centres de santé et des services sociaux. Chacun des 10 cours nécessaires pour l'obtention des 30 crédits requis pour l'obtention du certificat seront donc donnés en 7 jours intensifs, ici même au Nunavik, au lieu des 15 semaines de cours à Montréal normalement nécessaires pour l'obtention du certificat.

Ce programme certifié a finalement pris son envol en avril 2004 et, à ce jour, trois cours ont été donnés en alternance à Kuujuaq et à Puvirnituq. Afin d'encourager la douzaine de gestionnaires inscrits durant les quatre dernières années à relever ce nouveau défi, les directeurs généraux de la RRSSN et des deux établissements recommandent formellement à leur gestionnaires d'obtenir le certificat. De plus, la RRSSN étudie présentement la possibilité d'offrir tous les cours sur chacune des deux côtes pour éviter d'avoir à déplacer les participants.



MAINTIEN À DOMICILE

Tel que souhaité par les responsables des programmes du Soutien à domicile des deux établissements de santé, la formation en maintien à domicile a également fait peau neuve avec le développement d'un nouveau programme de 240 heures au lieu des 900 originalement prescrites. Ce nouvel aménagement maintient évidemment l'acquisition des compétences de base requises pour intervenir dans le cadre du maintien à domicile à titre d'aide familiale et sociale. Ce cours condensé est donc conçu dans une approche globale et pratique appropriée à cette situation de travail. Il est non seulement offert aux auxiliaires familiales déjà à l'emploi des centres de santé, mais également à la population, dans le but de créer une banque d'employés. Bref, il contribuera, à plus court terme, au marché de l'emploi et aidera à établir un certificat du métier.

La RRSSSN couvre l'ensemble de ce programme dans le but de standardiser les pratiques. Elle émettra elle-même les attestations aux participants qui auront atteint avec succès les notions pratiques et théoriques des sept modules du programme.

Ce programme d'étude a été amorcé en octobre 2004 et il est offert, pour la première année, dans les six communautés suivantes : Inukjuak, Kangiqsualujjuaq, Kangirsuk, Kuujuaq, Puvirnituq et Salluit. Nous prévoyons offrir le programme dans les autres communautés au cours de l'exercice 2005-2006.

PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION

La réalité nordique nous démontre que la majeure partie des intervenants en protection de la jeunesse, en CLSC et en réadaptation n'a pas la formation adéquate pour être en mesure d'offrir tous les services que la population est en droit de recevoir. Ces intervenants n'ont pas non plus nécessairement l'encadrement adéquat pour être en mesure d'offrir des services de qualité. Dans le souci d'améliorer la situation et suite à une rencontre régionale sur l'emploi et la formation à laquelle participaient les différents partenaires socio-économiques du Nunavik, soit le *Kativik Regional Employment and Training Committee* ou KRETC (Comité régional Kativik sur l'emploi et la formation), il a été suggéré que la RRSSSN ainsi que les deux centres de santé préparent un projet commun où seraient englobés les besoins en formation pour l'ensemble des employés intervenants dans les secteurs sociaux (enfance, jeunesse, réadaptation et famille).

Le Programme national de formation (PNF) est donc le fruit de la recommandation du KRETC et d'un grand besoin d'aider les 85 intervenants, dont 85% sont inuits, qui interviennent auprès d'enfants et de familles en grande difficulté, ainsi que les 15 gestionnaires qui doivent s'assurer que les services offerts sont de qualité en fournissant un soutien à leurs employés.



Inspiré d'un modèle américain, mais adapté au Québec, le PNF est d'abord et avant tout un programme de formation centré sur les besoins des clients, sur l'intervention clinique et les processus de gestion. C'est aussi un modèle systémique de formation en cours d'emploi, axé sur le développement des compétences. Le PNF est le premier programme de formation continue (inuit/allochtone) offert parallèlement en même temps aux CLSC, aux centres de jeunesse et aux centres de réadaptation.

Nous avons débuté ce programme en septembre 2004 avec les gestionnaires en CLSC, en protection de la jeunesse et réadaptation des Centres de santé Tulattavik et Inuulitsivik, en alternant les cinq modules entre Puvirnituk et Kuujuaq. La prochaine année sera consacrée à former les intervenants à travers un module, intitulé "Tronc commun", de six jours se donnant en deux sessions. Cela permettra de regrouper tous les intervenants des trois secteurs avant de poursuivre avec de la formation plus spécifique pour chacun des secteurs.

SOUTIEN DE L'ADMINISTRATION RÉGIONALE KATIVIK

Il est important de souligner l'appui de l'Administration régionale Kativik (l'ARK) pour la réalisation de la majorité de nos programmes de formation. En fournissant une aide financière temporaire au début de la période d'emploi, l'ARK contribue à améliorer l'employabilité des travailleurs et encourage les employeurs à consacrer du temps et des efforts à l'embauche de nouveau personnel. Pour l'année 2004-2005, près d'un quart de million de dollars nous ont été versés.

Voici un tableau démontrant la contribution de l'ARK en 2004-2005 :

Projets :	Soutien de l'ARK
Formation des cadres inuits	89,409\$
Maintien à domicile	96,022\$
Programme national de formation	31,710\$
Directeur des services administratifs	10,821\$
Directeur de la planification et de la programmation	14,072\$
Technicien en librairie	6,022\$



LES AÎNÉS ET PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE

PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE (PPA)

Le financement de ce programme provient de deux sources : de la *Politique de soins à domicile* du ministère de la Santé et des Services sociaux et du programme de Santé Canada de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. Ce dernier en est à sa troisième année de prestation de services.

Le financement fourni par Santé Canada couvre le salaire de deux coordonnateurs, six infirmières et trois techniciens en réadaptation. Il couvre également les aides techniques et médicales ainsi que 40 % des coûts de formation destinée aux préposés aux soins à domicile.

Le financement provenant du MSSS contribue aux services de soins à domicile dans les communautés où il n'y a pas d'infirmières pour le programme PPA et permet l'embauche de préposés aux soins à domicile. La politique du MSSS préconise une approche d'équipe multidisciplinaire.

Services de soins à domicile

Il y a eu très peu de changements au niveau du nombre de clients enregistrés : 346 clients ont été évalués dans l'Hudson et 257 dans l'Ungava, pour un total de seulement 16 de plus que celui de l'an dernier. Le nombre d'heures de services de soins à domicile demeure élevé : un total approximatif de 39,325 heures, soit 15,132 dans l'Ungava et 24,193 dans l'Hudson.

Services offerts par les infirmières et les préposés aux soins à domicile

Les deux centres de santé ont offert un nombre semblable d'heures de soins personnels et de soutien. Cependant, le nombre d'heures de soins infirmiers fournis par le Centre de santé Inuulitsivik se montait à plus du double que celui de Tulattavik.



Centre de santé	N. d'heures - préposés aux soins à domicile	N. d'heures - infirmières
Tulattavik	4 624	8 859
Inuulitsivik	4 170	19 611
Total	8 794	28 470

Services intensifs offerts selon le diagnostique

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava a fourni un total de 2,322 heures à cinq clients ayant une maladie du coeur, du système circulatoire ou cardiovasculaire. Pour sa part, Inuulitsivik a fourni un total de 1,245 heures à un seul client nécessitant des services intensifs.

Services offerts à divers groupes d'âge

Les chiffres relatifs à la clientèle des soins à domicile se ressemblent entre les deux côtes :

- chaque côte a fourni des services à 21 enfants âgés entre 0 et 5 ans ;
- chaque côte avait environ 20 clients âgés entre 5 et 17 ans ;
- chaque côte avait environ 128 clients âgés entre 18 et 64 ans ;
- chaque côte avait environ 13,5 clients de 80 ans et plus.

Cependant, des différences ont été observées chez deux groupes d'âge. Le nombre de clients chez les 65 à 69 ans était trois fois plus grand dans l'Hudson (79) que dans l'Ungava (24), et celui des 70 à 79 ans dans l'Hudson (95) était plus du double que celui de l'Ungava (41).

LE CENTRE DE JOUR TUSAAJIPIK

Le projet « Towards a New Partnership to Serve the Elders » (Vers un nouveau partenariat pour servir les personnes âgées), présenté au MSSS par la RRSSSN, a reçu un budget annuel récurrent de 624,000 \$. Le projet a soutenu l'ouverture du Centre de jour Tusaajipik en avril 2004, grâce à un nouveau partenariat entre la RRSSSN, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et la municipalité de Kuujjuaq.



Au Centre de jour Tusaajiapik, les personnes âgées reçoivent des services de transport, des repas chauds le midi, ont accès à des activités organisées ainsi qu'une occasion de fréquenter des gens cinq fois par semaine. Des fêtes pour les occasions spéciales sont organisées, telles une fête de Noël, des pique-niques et des soirées de bingo.

Le Comité d'admission et de direction, récemment mis sur pied, prend des décisions concernant les priorités d'admission et fournit des recommandations sur la gestion globale du centre de jour, son budget, ses objectifs et les programmes offerts.

USIJIIT - TRANSPORT ADAPTÉ

La Société Makivik et le ministère des Transports du Québec (MTQ) ont fourni des fonds pour 14 véhicules adaptés. La RRSSN a préparé un outil d'évaluation et a organisé l'évaluation de tous les clients ayant besoin de ce service. Un comité d'admission fut créé afin de traiter les demandes de service.



LA FORMATION AUX PRÉPOSÉS AUX SOINS À DOMICILE

La première phase de la formation destinée aux auxiliaires familiales et aux assistantes sociales a débuté en octobre 2004. Le but est de créer une banque de personnel qualifié. Cette formation est ouverte à tous ceux et celles qui s'intéressent à une carrière dans le secteur de la santé et est offerte dans trois communautés sur chaque côte. Elle est d'une durée de 240 heures, divisées en sept modules. Dans les six premiers mois de ce programme, trois modules ont été offerts : introduction à la profession (une semaine), déplacement sécuritaire des clients (une semaine) et hygiène (deux semaines). Ceci s'est traduit en 18 cours auxquels un total de 158 personnes ont participé : 56 de l'Ungava et 102 de l'Hudson.

Ce projet a été rendu possible grâce au soutien de l'ARK et des professionnels des deux centres de santé, ainsi qu'au grand intérêt manifesté par les participants, qui ont donné un feed-back positif et exprimé un besoin pour davantage de formation.

SOUTIEN AUX FAMILLES AVEC DES ENFANTS AYANT DES DÉFICIENCES

En février 2005, le programme de soutien aux familles avec des enfants ayant des déficiences physiques et intellectuelles a débuté grâce à un financement du MSSS.

Un formulaire d'évaluation adapté au Nord a été élaboré par la RRSSSN en consultation avec les professionnels des deux centres de santé. Des exemplaires ont été transmis aux centres de santé afin d'évaluer les besoins des enfants et de leurs familles. Durant la première phase, le programme sera géré par la RRSSSN, où un comité d'admission établira la priorité des demandes. Ultérieurement, les centres de santé assumeront la gestion.



DÉVELOPPEMENTS FUTURS

Plusieurs priorités sont identifiées dans la région. La première est d'améliorer le réseau régional de ressources d'hébergement pour les clients ayant besoin d'assistance et d'encadrement. La seconde est d'améliorer les services psychosociaux, qui sont indispensables pour la clientèle PPA ayant des troubles de santé mentale ou ayant besoin de soins palliatifs. Enfin, il faut accroître le travail en réseau avec nos partenaires afin d'offrir un soutien aux familles avec des enfants ayant des déficiences.

VIOLENCE FAMILIALE

ASSOCIATION DES REFUGES POUR FEMMES DU NUNAVIK

Les trois refuges pour femmes de la région ont été fondés entre 1996 et 1998. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) couvre la plupart de leurs frais de fonctionnement grâce au financement provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les refuges ont demandé et reçu des fonds du gouvernement fédéral afin de former une association de refuges pour femmes. Avec ces fonds, ils ont pu engager un consultant pendant six mois afin de regrouper les trois organismes tout en préservant l'identité de chacun.

FORMATION

L'association des refuges pour femmes du Nunavik a élaboré un plan d'action qui comprend un programme de formation destiné aux intervenants et aux coordonnateurs.

Le MSSS a octroyé des fonds supplémentaires pour aider les enfants qui sont témoins de violence. Ces fonds ont été transférés afin d'améliorer les services destinés à cette clientèle spécifique et de former le personnel des refuges pour femmes.

L'agente du dossier Violence familiale a participé à un programme intensif de formation au travail de terrain qui se donnait au CLSC de Notre-Dame-de-Grâce à Montréal afin de mieux comprendre son rôle dans ce dossier.

PARTENARIAT

Des mesures ont été entreprises pour établir des liens entre les services sociaux, les centres d'aide aux victimes d'actes criminels (CAVAC) et le Corps de police régional Kativik (CPRK), ainsi que pour élaborer une ébauche de protocole.

QAJAQ, un groupe pour hommes fondé en 2003 dans le but de travailler avec et d'aider les hommes violents, et le Refuge pour femmes Tungasuvik de Kuujuaq ont mis sur pied un groupe de travail. Ce groupe se penchera sur la hausse des comportements violents et des cas de violence familiale afin de trouver des moyens de combattre ces phénomènes.



CONSEIL DU STATUT DE LA FEMME

En 2004, le Conseil du statut de la femme a publié un document intitulé *Vers un nouveau contrat social pour l'égalité entre les femmes et les hommes*. Ce document promeut l'égalité entre hommes et femmes et recommande à tous les niveaux décisionnels et toutes les ressources disponibles dans chaque région du Québec de travailler dans cette direction. Pour atteindre les objectifs, le Conseil propose de :

- prévenir les inégalités entre les sexes ;
- s'assurer que les lois, les politiques, les programmes et les services publics favorisent l'égalité entre les sexes ;
- cibler les relations sociales entre hommes et femmes et favoriser des actions plus réalistes au sein des organismes.

Pour ce faire, le Conseil reconnaît qu'il doit soutenir et encourager les hommes à travailler activement vers l'égalité. Il nous tarde donc de travailler en collaboration avec les refuges et autres partenaires afin de parvenir, dans les années qui suivent, à une égalité entre les femmes et les hommes au Nunavik.

AGRESSION SEXUELLE CHEZ LES ADULTES

Les nouvelles orientations ministérielles concernant l'agression sexuelle sont en attente d'implantation au Nunavik. Il y aura du travail à accomplir car ces nouvelles orientations exigeront davantage de consultation entre les intervenants des divers secteurs afin d'offrir de meilleurs services aux victimes d'agression sexuelle.

PROGRAMMES POUR HOMMES

Le développement de programmes pour hommes se poursuit. Le réseau QAJAQ a offert une formation au personnel de la maison de transition Makitautik afin d'améliorer leurs savoir-faire en matière d'intervention au sein de groupes d'hommes. Le bureau de QAJAQ est localisé à Montréal, mais l'une des conditions pour un financement continu est le rapatriement de ce bureau à Kuujuaq en 2006.

Le réseau QAJAQ a participé à la recherche de financement et contribué son expertise au projet Unak, initié à Inukjuak. Dans le cadre de ce projet, des activités de plein air et culturelles ont été organisées pour les aînés et les jeunes en difficulté.

Cette année, les services pour les Inuits incarcérés aux services correctionnels de St-Jérôme se sont poursuivis. Un certain nombre d'interventions ont été réalisées à l'intérieur même de l'unité des détenus.



TOXICOMANIE

RECHERCHE SUR LA TOXICOMANIE AU NUNAVIK

La recherche menée par le RISQ (Recherche et intervention sur les substances psychoactives - Québec) a reçu une subvention de 200,000 \$ de l'Institut de recherche en santé du Canada afin de compléter la Phase II.

Cette recherche ciblera dans un premier temps la population des 11 à 18 ans pour par la suite inclure les familles ainsi que les leaders des communautés. Nous espérons ainsi obtenir un portrait plus précis de la toxicomanie au Nunavik.

En 2004-2005, la recherche a été effectuée et complétée dans les communautés de Kuujuaq et d'Inukjuak. L'équipe de recherche a pu également débiter ses travaux dans la communauté de Kangirsuk.

CENTRE DE TRAITEMENT ISUARSIVIK

Cette année, le Centre de traitement Isuarsivik a connu d'importants changements dans son organisation. La plus importante serait la mise sur pied d'un accueil continu. Il y a aussi eu beaucoup de mouvement de personnel, ce qui est assez inquiétant vu le peu de personnel inuit restant.

Le budget de fonctionnement d'Isuarsivik vient majoritairement de la Régie régionale de la santé et services sociaux Nunavik.

Pour l'année en cours, Isuarsivik souhaite aussi finaliser une entente avec le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava afin d'offrir et de recevoir des services complémentaires.

FOYER DE GROUPE AANARRAAPIK

Nous avons travaillé avec le conseil d'administration du foyer de groupe Aanarraapik lors de sa réouverture à Inukjuak. Nous avons également collaboré avec le personnel du foyer de groupe de Puvirnituq pour qu'il puisse offrir un soutien à la responsable et aussi l'aider dans le développement de programmes adaptés aux besoins des jeunes.

TOURNÉE ALCOOLIQUES ANONYMES

Il y a eu une autre tournée de trois membres du mouvement d'Alcooliques Anonymes, dont un Inuk de Kuujuaq. Avec la collaboration de First Air et Air Inuit, qui ont offert d'importantes réductions sur leurs tarifs, les trois représentants des AA ont visité les villages de la côte de l'Ungava. Ces représentants des AA sont venus échanger sur l'alcoolisme et soutenir les groupes d'Alcooliques Anonymes dans les villages de l'Ungava.



SERVICES EN SANTÉ MENTALE

COMITÉ INTERSECTORIEL SUR LA SANTÉ MENTALE ET LA JUSTICE

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) a tenu une réunion spéciale à laquelle ont pris part des représentants du Corps de police régional Kativik (CPRK), des deux centres de santé, des CLSC et des services de la protection de la jeunesse, ainsi que le coordonnateur du Centre de réinsertion d'Inukjuak.

Le représentant du CPRK a abordé le sujet des cas de violence à la hausse, y compris le nombre grandissant d'appels concernant des armes à feu, et ce, même dans les plus petites communautés. Le coordonnateur du Centre de réinsertion a parlé du nombre grandissant d'adultes ayant des troubles psychiatriques chroniques et de comportement. Les représentants des services sociaux, de la protection de la jeunesse et des services médicaux ont discuté de sujets qui les concernent tous, tout en essayant de trouver des moyens pour améliorer la coopération entre les divers services.

Les objectifs sont d'établir un partenariat efficace comprenant un processus de consultation dans le but de mieux servir la population du Nunavik, ainsi que d'impliquer les leaders de la région dans le processus décisionnel auprès des différents secteurs : santé et services sociaux, justice, services correctionnels et sécurité publique.



RESSOURCES RÉSIDENTIELLES EN SANTÉ MENTALE AU NUNAVIK

Le Centre de réinsertion d'Inukjuak reçoit des clients sur une base volontaire depuis son ouverture en 2000. La rénovation du centre fut achevée, à l'exception du revêtement extérieur et de travaux mineurs de menuiserie à l'intérieur.

Les rénovations de l'ancien dispensaire de Puvirnituq ont débuté en février 2005. Ce bâtiment abritera le centre régional de soins intensifs —la deuxième ressource en santé mentale au Nunavik— avec une capacité de cinq lits à court terme pour les clients souffrant de troubles sévères de santé mentale.

FORMATION EN SANTÉ MENTALE OFFERTE PAR L'HÔPITAL DOUGLAS

Un projet d'entente entre l'Hôpital Douglas de Montréal et la RRSSSN pour un programme de formation est au stade d'évaluation. L'objectif de cette formation est d'approfondir les connaissances sur et la compréhension de la maladie mentale, ainsi que d'identifier les défis et gratifications associés à la prestation de soins, lesquels bénéficient non seulement aux patients mais aussi au personnel des centres, aux familles des patients et aux communautés elles-mêmes.

Une approche spécifique aux Inuits, qui respecte les croyances culturelles, sera développée. Dans la première phase du programme, des membres du personnel de l'Hôpital Douglas devraient se rendre au Nord, et dans la deuxième phase, les employés inuits iront travailler à l'Hôpital Douglas.

COMITÉ RÉGIONAL D'ADMISSION AUX RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE POUR ADULTES AU NUNAVIK

Le groupe de travail régional sur la santé mentale a créé un comité ad hoc qui a pour mandat d'établir les modalités de fonctionnement d'un comité multidisciplinaire d'admission qui servira de port d'entrée aux deux centres résidentiels de santé mentale du Nunavik.

Ce comité d'admission recevra les demandes provenant des CLSC et organisera un forum où les besoins de la clientèle en matière d'hébergement seront discutés et par lequel l'attribution de lits se fera. Il s'agit d'un progrès important puisque les besoins de l'individu seront considérés à la lumière de la réalité du Nunavik et avec respect pour la culture inuite.

PROJET-PILOTE D'APPARTEMENTS SUPERVISÉS POUR PERSONNES VIVANT AVEC UNE CONDITION PHYSIQUE, ÉMOTIVE OU PSYCHOSOCIALE

Le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava (CSTU), la RRSSSN et l'Office municipal d'habitation Kativik (OMHK) travaillent ensemble pour aménager des appartements supervisés pour personnes vivant avec une condition physique, émotive ou psychosociale.

Nous devons d'abord présenter le projet aux conseils de la CSTU et de l'OMHK pour approbation avant de le déposer à l'Association des directeurs d'offices d'habitation du Québec (ADOHQ) pour obtenir les autorisations de construction. Nous croyons ce projet possible dans un avenir rapproché.



RECHERCHE, INFORMATION ET PRÉVENTION CONCERNANT LES PRÉOCCUPATIONS SOCIALES

La hausse incessante du taux de suicide chez les jeunes demeure une préoccupation majeure au Nunavik. L'année 2004-2005 a vu la conclusion de la tournée Tapiriilirniq dans les communautés du Nunavik ainsi que le début de l'implantation des recommandations du Comité Tapiriilirniq.

RAPPORT SUR LA TOURNÉE TAPIRIILIRNIQ ET RECOMMANDATIONS

Créé en 2000 afin de réaliser une tournée de chacune des communautés de la région, le Comité Tapiriilirniq avait pour mandat d'aborder la question du suicide chez les jeunes et de sensibiliser la population au besoin de se réunir afin d'être plus fort. Les résultats obtenus dans chaque communauté démontrent que la tournée a répondu à des besoins réels.

Trois recommandations de base résument la tournée et les solutions proposées :

- **Dans chaque communauté, identifier des aînés qui sauront orienter et donner des conseils aux individus et à leur famille.** Cette recommandation fut identifiée tôt dans la tournée et reflète un consensus général. Bien qu'une telle mesure ne pourra à elle seule combler le fossé entre les jeunes et les personnes âgées, tous s'accordent à dire qu'il est essentiel, vu le monde dans lequel l'on vit aujourd'hui, de donner aux aînés l'occasion de partager leurs expériences et leurs connaissances.
- **Développer des services de soutien, y compris de guérison, destinés aux survivants.** Cette recommandation est peut-être le message le plus urgent qui a été communiqué au comité. Il faut aménager des endroits sécuritaires et propices à la guérison et réunir les ressources afin d'aider les survivants se remettre de leur peine profonde.
- **Regagner le contrôle des rôles parentaux et de la vie familiale.** Cette recommandation est peut-être celle qui reflète le message le plus répandu transmis au comité. Les deux premières recommandations étant plus à court terme, cette dernière s'appliquera plus à long terme, s'attaquant au cœur du défi auquel il faut faire face afin d'atteindre le bien-être. Le défi a deux volets : d'une part, il faut réconcilier le passé avec le présent, et d'autre part, il faut s'assurer que les solutions proviennent de la communauté elle-même.

AUTRES ACTIVITÉS

Un projet-pilote a été conçu afin de renouveler les services de conseil traditionnel. Au départ, un conseiller traditionnel indépendant à temps partiel sera désigné par le comité de direction local dans chacune des trois communautés intéressées. Quoi que travailleurs autonomes, ces conseillers traditionnels travailleront en étroite collaboration avec l'équipe des services sociaux de leur CLSC.



Un programme de formation sur le dialogue communautaire centré sur l'action est en cours de développement pour les travailleurs de bien-être et pour d'autres travailleurs communautaires de première ligne. Cette formation accroîtra les compétences des travailleurs à prendre en charge des activités de dialogue communautaire qui sont centrées sur l'action et qui encourageront la concertation. Une telle formation fournira des outils pour répondre aux préoccupations de la communauté face à la vie familiale et à d'autres questions que les communautés voudront aborder localement.

Un projet-pilote est à l'étude, en collaboration avec le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, pour offrir et coordonner une gamme complète de services destinés aux individus suicidaires. Ces services seraient fournis en quatre étapes : à l'admission, durant le séjour à l'hôpital (si nécessaires), avant la sortie de l'hôpital et lors d'un suivi communautaire lorsque de retour chez soi. Ce projet soutiendra le personnel impliqué dans la prestation des services requis et informera la population des services disponibles au centre de santé pour les individus suicidaires.

Un soutien continu visant l'amélioration des compétences professionnelles a aussi été encouragé, personnel ayant été invité à participer aux rencontres annuelles du *First Nations and Inuit Suicide Prevention Association of Quebec* (Association pour la prévention du suicide chez les Premières Nations et les Inuits du Québec) et de l'Association canadienne pour la prévention du suicide. Les initiatives locales ayant été soutenues au cours de l'année incluent une séance de guérison tenue à Aupaluk en avril 2004 ainsi qu'un atelier sur la prévention du suicide organisé à Puvirnituq en juin de la même année.

L'assistance financière pour la ligne de secours Kamatsiaqtut est maintenue en reconnaissance de ses services fiables et plus rapprochés de la réalité des Nunavimmiut.

Une jeune Nunavimmiuq a reçu un soutien financier pour sa participation à la marche pour la prévention du suicide chez les jeunes à travers le Canada. Cette marche pour la sensibilisation a débuté le 28 mars 2005 à Nanaimo, en Colombie-Britannique, et devait se terminer à Ottawa le 21 juin, date à laquelle la Journée nationale des Autochtones est fêtée au Canada.

PROCHAINES ÉTAPES

En 2005-2006, une emphase sera mise sur l'implantation des postes de conseillers traditionnels et du programme de dialogue communautaire centré sur l'action. Une campagne d'information sera également lancée afin de continuer de sensibiliser la population au suicide et de promouvoir la ligne de secours Kamatsiaqtut.

Un soutien continuera d'être apporté aux initiatives d'amélioration des compétences du personnel ainsi qu'aux initiatives locales et les groupes d'entraide qui abordent la prévention du suicide et d'autres questions qui y sont reliées.

Un état de situation en ce qui a trait aux comportements suicidaires sera rédigé dans le but de soutenir l'élaboration d'un plan d'action à moyen et long terme.

Enfin, nous attendons avec impatience une étroite collaboration avec la Direction de la santé publique, dont le mandat couvre toute question reliée à la prévention, afin d'assurer une meilleure coordination de la planification des services et des ressources requis par la population du Nunavik.



LES MAISONS DE JEUNES

Le programme des maisons de jeunes du Nunavik a complété sa quatrième année en 2004-2005. Chaque maison de jeunes a maintenant un effectif permanent, soit un coordonnateur à temps plein, deux animateurs à temps plein, deux animateurs à temps partiel et un préposé à l'entretien ménager, pour un total de 70 emplois permanents pour la région. Les aspects reliés à la création d'emplois et à la formation ont été soutenus par le Département de l'emploi et de la formation de l'Administration régionale Kativik (ARK), qui a partagé les coûts de la formation avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN). Cette année, l'ARK a approuvé des dépenses totalisant 473,167 \$. L'Association des jeunes Saputiit du Nunavik a été également impliquée dans l'organisation des séances de formation.

Le budget 2004-2005 provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est de 3,491,643 \$. De ce montant, une somme de 2,897,771 \$ fut transférée aux communautés pour couvrir les frais de fonctionnement de leur maison de jeunes, une somme de 374,872 \$ a servi à la formation et une autre de 219,000 \$ a couvert la coordination du programme.

Tableau 1 : Fonds attribués aux communautés

Communauté	Subvention 2004-2005 pour la maison de jeune
Kangiqsualujjuaq	195,677 \$
Kuuujjuaq	258,870 \$
Tasiujaq	195,677 \$
Aupaluk	195,677 \$
Kangirsuk	195,677 \$
Quaqtaq	195,677 \$
Kangiqsujaq	195,677 \$
Salluit	227,378 \$
Ivujivik	195,677 \$
Akulivik	195,677 \$
Puvirnituq	227,378 \$
Inukjuak	227,378 \$
Umiujaq	\$195,677
Kuujuaraapik	\$195,677

La plupart de la subvention couvre le salaire du personnel, avec un montant de 25,000 \$ réservé pour l'achat d'équipement et de matériaux pour les activités, un montant de 20,000 \$ réservé pour les dépenses de la maison de jeunes et un montant de 9,680 \$ réservé pour les activités spéciales.

Dans toutes les maisons de jeunes, les coordonnateurs établissent le calendrier d'activités mensuel et l'horaire du personnel. Ils convoquent des réunions d'équipe hebdomadaires afin de planifier les activités de la semaine. Les animateurs rédigent les rapports quotidiens tandis que les coordonnateurs rédigent les rapport mensuels.

Le secrétaire-trésorier de chaque village nordique produit les rapports financiers trimestriels qui sont par la suite transmis à la RRSSSN. Toute dépense, à l'exception des salaires et des dépenses prédéfinies, doit être autorisée par la RRSSSN.

Chaque maison de jeunes possède au moins quatre ordinateurs pour les jeux, une console de jeu X-Box et PlayStation, une moyenne de 40 films et 30 jeux, d'une à trois télévisions, une table de billard et une table de ping-pong, des matériaux d'art et d'artisanat, des tables, des chaises, des divans, des bibliothèques, des meubles et autres équipements de bureau, etc. Elles ont également du matériel de base pour la prévention ainsi que certains jeux de société.

Tableau 2 : Activités quotidiennes et fréquentation

Maison de jeunes	Activités	Fréquentation/jour/groupe d'âge		
		6 à 12	13 à 19	Total
Kangisualujuaq (dans le nouveau bâtiment communautaire)	Art, films, gymnastique, danses, cuisine, bingo, tournois, activités en plein air, X-Box, prévention, etc.	20	30	50
Kuujuaq (rénové et agrandi)	Cours de danse, karaté, boxe, art et artisanat, Guides, activités en plein air, basket-ball, randonnées pédestres, course de vélo, soirées cinéma, feux de camp à la plage, camping, etc.	Moyenne de 20 à 60		



Maison de jeunes	Activités	Fréquentation/jour/groupe d'âge		
		6 à 12	13 à 19	Total
Tasiujaq	Billard, jeux vidéo et d'ordinateur, ping-pong, jeux extérieurs, soirées cinéma, art et artisanat, musique, jeux de société, etc.	14 à 38	14 à 28	
Aupaluk (a besoin de réparations)	Cinéma, X-Box, PlayStation, jeux d'ordinateurs, billard, art et artisanat, table de soccer, musique, jeux de société, activités en plein air, jeux intérieurs, etc.	25	20	45
Kangirsuk (trop petit)	Cinéma, X-Box, PlayStation, jeux d'ordinateurs, jeux de société, pique-niques, jeux extérieurs, soirées cinéma, tricot, etc.	15	30	45
Quaqtaq	Soirées cinéma, jeux vidéo et d'ordinateurs, billard, cours de danse, art et artisanat, jeux de société, activités libres, etc.	25	20	45
Kangiqtujuaq	Ping-pong, jeux de société, activités libres, plein air, soirées cinéma, jeux d'ordinateur, etc.	20	15 à 20	35 à 40

Maison de jeunes	Activités	Fréquentation/jour/groupe d'âge		
		6 à 12	13 à 19	Total
Salluit	Karaté, activités libres, art et artisanat, pique-niques, jeux vidéo et d'ordinateur, billard, ping-pong, etc.	16 à 58	32 à 81	80 à 100+
Ivujivik (rénové et agrandi)	X-Box, jeux vidéo et d'ordinateur, art et artisanat, billard, ping-pong, soirées cinéma, danses, jeux intérieurs, etc.	6 à 9 ans : 10 à 24 10 à 13 ans : 12 à 20 14 à 19 ans : 11 à 19		
Akulivik	Billard, ping-pong, soirées cinéma, art et artisanat, X-Box, jeux d'ordinateur, etc.	15 à 20	15 à 25	30 à 45
Puvirnituk (rénové et agrandi)	Jeux vidéo et d'ordinateur, soirées de musique et cinéma, jeux inuits et extérieurs, gymnastique, Internet, karaté, billard, football, etc.	20	30	50



Maison de jeunes	Activités	Fréquentation/jour/groupe d'âge		
		6 à 12	13 à 19	Total
Inukjuak (rénové et agrandi)	Tournois de billard, soirées cinéma, art et artisanat, visites d'ainés, soirées karaokée, soirées souper et cinéma, feux de camp, nettoyage, etc.	20	35	55
Umiujaq	Tournois de billard, X-Box, jeux Nintendo et d'ordinateur, art et artisanat, jeux de hockey sur coussin d'air, soirées cinéma, cours de cuisine, etc.	25 à 33	20 à 30	45 à 63
Kuujuaraapik	Pique-niques, art et artisanat, cuisine, PlayStation, X-Box, jeux d'ordinateur, billard, cinéma, jeux intérieurs, etc.	8 à 17	12 à 25	20 à 42

ASSOCIATION DES MAISONS DE JEUNES DU NUNAVIK

En mars 2005, les coordonnateurs des maisons de jeunes ont entamé un processus menant à la mise sur pied d'une association régionale des maisons de jeunes, afin de :

- poursuivre la formation du personnel, organiser des séances de formation et les budgets ;
- fournir des recommandations à la RRSSSN concernant le développement du programme et s'assurer que les maisons de jeunes respectent la philosophie et les critères du programme ;
- fournir des recommandations à la RRSSSN concernant l'attribution des budgets aux communautés ;



- rédiger des rapports destinés à la RRSSSN au nom de toutes les maisons de jeunes et soutenir les celles-ci dans leurs demandes de subvention ;
- établir des liens entre toutes les maisons de jeunes en organisant des conférences téléphoniques et autres rencontres de façon régulière ;
- orienter et assurer l'encadrement du personnel des maisons de jeunes en embauchant deux ressources régionales pour les celles-ci (À noter : quoiqu'il serait plus facile pour l'association régionale d'engager ces ressources comme employés, elles sont présentement embauchées comme consultants) ;
- acheter l'équipement pour toutes les maisons de jeunes ;
- prendre en charge l'administration d'une maison de jeunes qui se trouve en situation de déficit ou qui souffre d'un manque de collaboration de la part de la municipalité ;
- établir les priorités en ce qui a trait aux rénovation des maisons de jeunes et soumettre les demandes financières aux autorités pertinentes.

À partir du 1er avril 2005, cette association régionale composée des coordonnateurs des 14 maisons de jeunes du Nunavik assumera la coordination du programme ainsi que l'organisation des séances de formation destinée au personnel de ces maisons de jeunes. Chaque municipalité continuera à assurer l'administration de sa maison de jeunes.

REMISE DE DIPLÔMES DU PERSONNEL DES MAISONS DE JEUNES

Le 5 mai 2004, une cérémonie de remise de diplômes a eu lieu pour les 7 coordonnateurs de maisons de jeunes qui ont complété 450 heures de formation ainsi que les 16 animateurs qui ont complété 225 heures de formation. Félicitations à tous et à toutes ! Tous se sont montrés très consciencieux autant lors de la formation que dans leur travail. Nous sommes très fiers d'eux.

Pour ceux et celles qui n'ont pu achever leur formation, ils auront l'occasion de le faire l'an prochain.



ORGANISMES COMMUNAUTAIRES FINANCÉS PAR LE MSSS

Les organismes communautaires sont financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) qui transfère les budgets requis à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN), ceci dans le but d'aider le milieu communautaire à consolider son action et son rayonnement. La RRSSSN analyse les demandes et attribue le soutien financier aux organismes de la région.

En 2004-2005, la RRSSSN a distribué un montant de 1,759,882 \$ à huit organismes parmi un nombre de communautés du Nunavik. Ces organismes répondent à des besoins non couverts par le réseau public et le financement reçu aide au maintien des activités répondant à des besoins définis par chaque communauté. Comme l'on pourra le constater dans la liste ci-dessous, nous retrouvons, parmi ces organismes communautaires, un nombre de refuges pour femmes, des centres de traitement, un programme de mesures alternatives et autres.

Salluit:	Refuge pour femmes nitsiak.....	272,000 \$
Kuujjuaraapik:	Refuge pour femmes Tunngavik.....	248,332 \$
Puvimuituq:	Centre d'accueil (en réserve).....	53,000 \$
Kuujjuaq:	Centre de traitement Isuarsivik.....	417,000 \$
Kuujjuaq:	Centre d'accueil Tusaajiapik.....	198,883 \$
Kuujjuaq:	Réseau Qajaq.....	125,667 \$
Kuujjuaq:	Refuge pour femmes Amautiit Tunngasuvik.....	375,000 \$
Nunavik:	Comité de justice pour adolescents Makivik.....	70,000 \$

Au Nunavik, le financement aux organismes communautaires permet une stabilité au niveau des services offerts à la population.



PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES FINANCÉS PAR SANTÉ CANADA

PROGRAMME GRANDIR ENSEMBLE

Le programme Grandir ensemble est financé par Santé Canada et est destiné aux projets communautaires s'adressant aux enfants et aux jeunes âgés de 0 à 18 ans. Ce programme vise à mieux sensibiliser les communautés face à la santé mentale, à promouvoir le développement de l'enfant, la santé des bébés, la prévention des traumatismes et les habiletés parentales. Son but global est d'améliorer la qualité des et l'accessibilité aux services communautaires de mieux-être adaptés à la culture afin de contribuer à la création d'un milieu familial et communautaire sain. Ce financement est disponible à toutes les communautés du Nunavik, pourvu que la demande soit approuvée par le conseil municipal.

Communauté	Fonds attribués
Akulivik	94 931,83 \$
Aupaluk	32 026,00 \$
Inukjuak	100 054,08 \$
Ivujivik	21 264,00 \$
Kangiqsualujuaq	31 861,48 \$
Kangirsuk	104 970,36 \$
Kangiqsujaq	62 772,86 \$
Kuujuuaq	106 649,00 \$
Kuujuaraapik	0,00 \$
Puvirnituk	106 788,65 \$
Quaqtaq	59 432,06 \$
Salluit	98 139,50 \$
Tasiujaq	10 835,97 \$
Umiujaq	34 164,00 \$

La plupart des communautés du Nunavik ont réalisé divers projets en 2004-2005. En effet, cette année a connu plus de succès que l'an dernier, et ce grâce à une meilleure diffusion de l'information concernant le programme auprès de maints organismes et individus. De plus, des tournées ont été effectuées dans certaines communautés afin de clarifier les critères du programme ainsi que de former les gens à rédiger des propositions de projets, des rapports d'activités et des rapports financiers.

Pour 2005-2006, nous prévoyons continuer à informer différents groupes et individus concernant ce programme et à promouvoir la formation afin d'accroître les connaissances et les compétences du personnel impliqué dans la prestation de services dans les communautés.

**Total pour le programme Grandir ensemble
de 2004-2005:**
863 889,79 \$



PROGRAMME DE MIEUX-ÊTRE COMMUNAUTAIRE / DE QUARTIER

Ce programme en santé mentale, également financé par Santé Canada, a plusieurs objectifs, allant du financement du salaire des travailleurs en mieux-être communautaire et de quartier, jusqu'à l'étude des lacunes critiques au niveau des services en santé mentale, l'intervention en situations de crise et la promotion du mieux-être communautaire, entre autres, dans les 14 communautés du Nunavik.

Étant donné que les travailleurs en mieux-être se trouvent sous l'autorité des CLSC, le financement est transféré aux Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik. Ces travailleurs font partie d'une équipe existante, quoiqu'ils n'offrent pas de services de première ligne. Ils soutiennent plutôt les travailleurs de première ligne en participant aux activités de promotion et de prévention en collaboration avec divers organismes locaux. Les deux centres de santé sont également responsables de l'organisation d'autres activités en lien avec les objectifs de ce programme.



Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Il y avait un travailleur en mieux-être pendant toute l'année dans les communautés suivantes : Aupaluk, Tasiujaq et Kangiqsujuaq. Les communautés de Kangiqsualujjuaq, Quaqtaq et Kangirsuk avaient de telles ressources mais seulement pour une partie de l'année. Quant à Kuujjuaq, il n'y avait aucun travailleur en mieux-être en 2004-2005, personne n'ayant répondu à l'affichage du poste, mais cette communauté en a embauché un pour l'année à venir.

Un cahier d'orientation a été conçu, comprenant un formulaire type pour les demandes de financement et un autre pour les rapports mensuels. Ces outils constituent un appui pour nos travailleurs lorsqu'ils doivent présenter des projets, cibler et préciser leurs buts. Quant aux rapports mensuels, même si ces outils ont été introduits auprès de nos intervenants, nous devons constamment leur rappeler de s'acquitter de cette tâche puisqu'ils semblent avoir des difficultés à l'intégrer dans leur routine de travail.

Au sujet du trouble du spectre de l'alcoolisation foetale (TSAF), une autre séance de formation fut offerte à différents groupes d'intervenants (enseignants, travailleurs de garderie, policiers, etc.) ainsi qu'au grand public et aux parents. La réaction s'est avérée très positive. Tous les participants ont accepté de faire une présentation à la radio, de visiter l'école de leur communauté et de discuter du sujet dans la communauté afin de promouvoir une meilleure sensibilisation face au TSAF.

Financement au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava : 290 967,18 \$

Centre de santé Inuulitsivik

Le Centre de santé Inuulitsivik a connu des difficultés dans plusieurs villages de l'Hudson pour le recrutement de travailleurs en mieux-être communautaire. Seules les communautés suivantes ont bénéficié d'une telle ressource, et ce pour une partie de l'année seulement : Akulivik, Inukjuak, Kuujjuaraapik et Salluit. Aucune candidature n'a été reçue cette année pour les postes d'Ivujivik, de Puvirnituq et d'Umiujaq.

Deux psychologues furent embauchés dans le cadre de ce programme afin d'offrir un soutien aux sept communautés de l'Hudson. La formation des travailleurs dans les communautés sur l'intervention en situation de crise constituait une part importante de leurs tâches, sans oublier les appels hebdomadaires faits aux CLSC pour appuyer les intervenants travaillant avec des clients en crise. Les deux psychologues ont aussi fourni un soutien aux travailleurs de première ligne en discutant de certains cas avec eux, en les supervisant et en se déplaçant parfois vers certaines communautés lorsqu'il y avait un besoin plus grand de soutien ou de formation.

Les travailleurs en santé communautaire de Salluit et d'Ivujivik ont aussi participé au programme dans leur CLSC en organisant des activités de prévention et de sensibilisation dans le but de promouvoir un mode de vie sain.

Financement au Centre de santé Inuulitsivik: 356 614,41 \$



Globalement, nous sommes d'avis que l'idéal serait d'avoir une ressource qui agirait exclusivement à titre de travailleur de quartier en mieux-être ou coordonnateur en mieux-être communautaire, mais vu le manque de ressources financières suffisantes pour ce faire, nous sommes dans l'obligation d'attribuer plusieurs mandats au même travailleur. Toutefois, étant donné le volume de travail des infirmières communautaires, cette question ne semble pas avoir été évaluée de façon réaliste. Ceci nous a donc amené à réviser nos plans pour l'exercice financier 2005-2006.

Nous travaillons fort afin de solutionner ces problèmes. Vu les obstacles que l'on avait à surmonter, tels le roulement élevé du personnel et les différentes structures organisationnelles, nous sommes tout de même fiers de ce que nous avons pu accomplir. Ce projet nous tient à coeur, et nous sommes convaincus que les solutions envisagées pour la structure de ce programme seront efficaces.

PROGRAMME CANADIEN DE NUTRITION PRÉNATALE

Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est financé annuellement par Santé Canada selon le nombre d'habitants. Il est administré par les CLSC dans le cadre de leurs programmes de santé communautaire. Le budget global est attribué aux Centres de santé Inuulitsivik et Tulattavik, dont les infirmières en santé communautaire coordonnent le programme et supervisent les 14 communautés.

L'objectif du programme est d'améliorer la santé nutritionnelle des mères et de leur enfant en fournissant aux femmes des informations sur la nutrition plus tôt dans la grossesse, ainsi que des services post-partum ciblant celles qui sont à risque élevé. Le programme promeut l'allaitement maternel, et ce, sur une période plus longue, et vise à donner plus d'occasions d'accroître les connaissances et les compétences des personnes impliquées dans le programme. Il vise également une hausse dans le nombre de jeunes enfants qui reçoivent des aliments appropriés à leur âge pendant les 12 premiers mois de leur vie et l'amélioration de la qualité d'alimentation des femmes inuites enceintes ou qui allaitent.

Durant le dernier exercice, des activités ont été développées et réalisées dans le cadre de ce programme, et ce en tenant compte des objectifs et des orientations dudit programme.

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Des ateliers furent organisés dans trois communautés —Kangirsuk, Kangiqsujuaq et Aupaluk— dans le but d'enseigner aux femmes les conditions pour une grossesse saine, de réduire les comportements à risque, d'augmenter le taux d'allaitement et, ce faisant, d'améliorer l'issue de la grossesse.



Du matériel a été acheté pour ces ateliers. Des présentations périodiques sur les ondes radio des sept communautés de l'Ungava ont contribué à augmenter la visibilité du PCNP et ont permis de diffuser de l'information sur les modes de vie sains, l'allaitement, la nutrition et les aliments appropriés à l'âge.

Afin de pallier à l'isolement de la région, au coût élevé de la nourriture fraîche et au faible revenu de plusieurs des clients, un programme de distribution de bons échangeables contre de la nourriture, destiné aux femmes inuites enceintes ou qui allaitent, fut implanté avec succès dans les sept communautés de l'Ungava. Grâce à ce programme, ces femmes ont droit à un bon d'une valeur de 20 \$ chaque deux semaines.

Financement au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava : 40 709,18 \$



Centre de santé Inuulitsivik

Cette année, les sept communautés de l'Hudson —Salluit, Ivujivik, Akulivik, Puvirnituk, Inukjuak, Umiujaq et Kuujuaapik— ont également poursuivi la distribution de bons échangeables pour de la nourriture. Ce programme est très apprécié chez les femmes enceintes.

En général, chaque CLSC donne des cours prénataux sur une base individuelle. Toutefois, dans certaines communautés, telles Inukjuak, Puvirnituk et Salluit, ce sont les sages-femmes qui offrent ce service.

Les bienfaits des aliments traditionnels ont été soulignés par la distribution, sans frais, d'omble arctique et d'oies sauvage. Cette distribution, dont le personnel des CLSC s'occupe, sera poursuivie dans l'avenir. Les paniers destinés aux nouvelles mères qui sont distribués dans toutes les communautés contiennent maintenant du lait maternisé, ce qui sera également compris dans les paniers l'an prochain.

Financement au Centre de santé Inuulitsivik : 49 755,67 \$



DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

MOT DU DIRECTEUR

Dr Serge Déry



L'événement marquant de l'année 2004-2005 fut, sans contredit, la réalisation de l'enquête de santé *Qanuippitaa?* (Comment allons-nous ?) au sein des 14 communautés du Nunavik. Effectuée à bord d'un brise-glace de la Garde côtière canadienne réaménagé à des fins de recherche, cette enquête était devenue une nécessité pour la région. En effet, la dernière enquête de santé réalisée au Nunavik au sein de la population générale remontait à 1992. Souvent, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik devaient se référer à ces données recueillies il y a plus de 12 ans pour évaluer une problématique particulière.

L'autre fait marquant de l'année fut la participation à la définition du plan stratégique régional en matière de santé et de services sociaux. La Direction de la santé publique a soutenu les travaux du comité de travail régional de plusieurs façons, notamment à travers le rôle de coordination assuré par l'assistante au directeur ainsi que par l'établissement d'un portrait de santé général de la population du Nunavik devant servir de base à l'identification des priorités régionales.

Finalement, l'organisation d'un symposium régional sur la problématique du syndrome de l'alcoolisation fœtale a permis de réunir plusieurs intervenants de la région en présence d'experts pour discuter des différents aspects reliés à la prévention de cette problématique, mais également à la prise en charge des enfants atteints du syndrome et au support des familles de ces enfants.

RESSOURCES HUMAINES

L'année 2004-2005 a été l'objet du mouvement de quelques membres du personnel. Cependant, à la fin de celle-ci, tous les postes étaient comblés, à l'exception du poste d'agent au dossier sur le tabagisme, qui était en congé de maternité, et, dû à des contraintes budgétaires, de celui d'intervenant au dossier des infections transmissibles sexuellement et par le sang. Nous prévoyons combler ces deux postes au cours de 2005-2006.

Également, nous avons recruté trois médecins à temps partiel, dont deux qui procureront leur en santé environnementale et l'autre en santé au travail.

PROTECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Ce volet fait l'objet de plusieurs interventions, tant au niveau des maladies infectieuses, qu'en santé au travail et santé environnementale.

MALADIES INFECTIEUSES

Maladies à déclaration obligatoire (MADO) non-MTS

Tout au cours de l'année 2004, la DRSP a reçu et traité la déclaration de 37 épisodes de MADO autres que MTS. En guise de comparaison, 39 épisodes avaient été déclarés l'année précédente. Alors que seulement deux cas de tuberculose active avaient été déclarés durant toute l'année 2003, l'année 2004 a vu apparaître une certaine résurgence de cette maladie, avec 10 cas déclarés. Ces cas ont nécessité l'évaluation de plus de 300 contacts, en collaboration avec le personnel des CLSC. Le travail de formation et de soutien du personnel impliqué auprès des quatre communautés touchées se poursuit.

Maladies transmissibles sexuellement (MTS)

Au cours de l'année 2004, nous avons assisté à une diminution du nombre de cas déclarés d'infections génitales à chlamydia (285 cas en 2004 par rapport à 300 cas en 2003), tout comme pour la gonorrhée (15 cas en 2004 en comparaison avec 44 cas en 2003). Pour chacun des cas de gonorrhée, une enquête épidémiologique complète est réalisée, avec traitement du cas-index et prophylaxie des contacts.



CAMPAGNES DE VACCINATION

Vaccination contre la coqueluche auprès des 10-19 ans

Les jeunes de ce groupe d'âge ayant reçu un vaccin contre la coqueluche étant insuffisamment protecteur, le MSSS a décidé d'offrir gratuitement, au cours des prochaines années, le vaccin aux jeunes de 10-19 ans. Avec le comité de prévention clinique, la région a opté pour une campagne en deux étapes, l'une au printemps 2004 pour les jeunes de 10-14 ans et l'autre au printemps 2005 pour les 15-19 ans. La campagne auprès des 10-14 ans a permis de rejoindre 83% des jeunes de ce groupe d'âge avec le vaccin DCaT, soit 89% des jeunes de l'Ungava et 79% de ceux de l'Hudson. Les dernières semaines de l'année fiscale 2004-2005 ont été occupées à la préparation de la campagne auprès des 15-19 ans qui devait se tenir de mars à juin 2005. Encore une fois, il faut mentionner l'excellente collaboration de nos partenaires des CLSC dans la réalisation de ces activités.

Vaccination contre l'influenza

Le 1er novembre 2004, la campagne de vaccination contre l'influenza fut lancée. Le taux de couverture vaccinale global atteint a été de 83 % pour l'ensemble des clientèles visées. À noter que la couverture vaccinale chez les enfants âgés entre 6 et 23 mois, qui constituent un nouveau groupe cible pour la vaccination contre l'influenza tant au Nunavik que dans le reste du Québec, a atteint 77 %.

En lien avec ce qui précède, la Direction de santé publique, avec la participation du coordonnateur régional des mesures d'urgence, a entrepris les travaux de préparation du plan d'urgence régional en cas de pandémie d'influenza. Les travaux se poursuivent, l'échéancier étant décembre 2005 pour la remise d'un plan complété et prêt à être actualisé.

SANTÉ AU TRAVAIL

Retrait préventif de la travailleuse enceinte

L'année 2004 a vu 88 demandes de retrait préventif de travailleuses enceintes ou allaitant traitées par nos médecins-conseil. Ces demandes proviennent principalement d'éducatrices en garderie, enseignantes et infirmières. La procédure de traduction en anglais par la Direction de santé publique des recommandations du PMSD pour les médecins traitants qui en font la demande est maintenant opérationnelle.

Programme de santé spécifique à la mine Raglan

La réalisation du programme de santé spécifique à la mine Raglan s'est poursuivie. Parmi les activités réalisées en cours d'année, notons :

- la surveillance environnementale et l'information des travailleurs concernant différents types d'agresseurs comme le plomb, la silice, le monoxyde de carbone, les fumées de soudage, etc. ;
- la surveillance médicale des travailleurs exposés au plomb (notamment par des plombémies), aux poussières de silice et de nickel ainsi qu'aux risques biologiques ;
- la prise de mesures relatives au bruit, aux moisissures, etc. ;
- les mesures de premiers soins visant à assurer des services adéquats en l'égard de l'exposition à certains oppresseurs.



Nous avons dû remplacer le médecin responsable de l'établissement, le précédent étant en fin de carrière. Fort heureusement, nous avons pu recruter un médecin ayant beaucoup d'expérience dans le domaine.

Programme régional en santé au travail



Le secteur de l'administration municipale continue d'être le secteur prioritaire pour le programme régional en santé au travail. Ainsi, en 2004, sept des 14 municipalités ont été visitées pour effectuer une évaluation des risques à la santé des travailleurs et pour rédiger un rapport recommandant les moyens préventifs appropriés.

Dans le cadre de l'application du Programme provincial d'intervention intégré (PPI), nous avons pu imprimer la version anglaise d'un

document d'information sur les risques biologiques à l'intention des policiers, pompiers et agents des services correctionnels. En collaboration avec le Corps de police régional Kativik (KRPF), le document traduit a été distribué aux policiers des 14 postes de police du Nunavik. De plus, les versions française et anglaise d'un vidéo portant sur la prévention des risques biologiques reliés au travail des policiers ont été distribuées. Les travailleurs des eaux usées des municipalités de Kangiqsualujjuaq, Kuujjuaq et Tasiujaq ont aussi reçu l'information sur la prévention des risques biologiques reliés au travail.

Une démarche de prise en charge de la prévention du SRAS et autres MRS de nature infectieuse a été élaborée et présentée aux gestionnaires des deux centres hospitaliers du Nunavik. Un programme de protection respiratoire est inclus dans la démarche. Nous nous sommes assurés de la mise en place d'une chambre à pression négative dans chacun des deux centres hospitaliers du Nunavik et avons vérifié qu'elles étaient toutes les deux fonctionnelles.

L'équipe régionale a également répondu à plusieurs demandes du milieu au cours de l'année.

SANTÉ ENVIRONNEMENTALE

Plusieurs interventions en santé environnementale chevauchent le secteur de la santé au travail. Citons par exemple l'évaluation effectuée dans une garderie suite à la déclaration d'une exposition vraisemblable aux vapeurs d'hydrocarbures. Dans ce cas, tant les enfants que les travailleurs étaient exposés. Citons aussi, à titre d'exemples, l'investigation d'un cas de présence de moisissures en milieu de travail ou d'un problème de qualité d'air dans les locaux des travailleurs.



PRÉVENTION

IMMUNISATIONS

La formation sur les mises à jour du Protocole d'immunisation du Québec a été offerte aux vaccinateurs de la région. De plus, des outils de communication et d'enseignement ont été élaborés pour aider les vaccinateurs des CLSC à améliorer leurs connaissances sur le sujet.

Suite à l'obtention de l'avis scientifique du Comité sur l'immunisation du Québec à l'effet qu'il était indiqué de procéder à l'arrêt de la vaccination systématique des nouveau-nés du Nunavik avec le BCG, nous avons recommandé aux intervenants de la région de cesser l'administration du BCG, sauf pour la communauté d'Umiujaq, où sévissait une éclosion de cas de tuberculose active. Il est prévu de cesser la vaccination BCG à Umiujaq dès que l'éclosion sera bien contrôlée.

DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN



Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) est un programme provincial qui doit être implanté dans toutes les régions socio-sanitaires du Québec. Le principal objectif du programme est d'obtenir un taux de participation d'environ 70 % afin de réduire la mortalité par cancer du sein d'au moins 25 % en 10 ans. Ce dépistage est important puisque la meilleure façon d'influencer le développement du cancer du sein est de détecter la tumeur rapidement, ce qui est en général possible lors d'une mammographie de dépistage.

La première campagne du PQDCS a été réalisée au Nunavik à l'automne 2004, lors de l'enquête sur la santé des Inuits. L'appareil de mammographie portatif de l'INSPQ se trouvait à bord de l'*Amundsen*, le brise-glace de recherche canadien qui a visité les 14 communautés du Nunavik dans le cadre de cette enquête.

Les femmes âgées entre 50 et 69 ans qui n'avaient pas d'antécédent de cancer du sein étaient invitées sur le navire pour passer une mammographie. Une fois éligibles au programme, les femmes seront invitées à passer une mammographie de dépistage à tous les deux ans.



Voici un tableau qui résume les principaux résultats obtenus lors de cette première campagne de dépistage du cancer du sein :

Résultats du PQDCS, Nunavik, automne 2004

	Hudson	Ungava	TOTAL
Nombre de mammographies faites	175	136	311
Nombre de résultats anormaux	9	8	17
% de résultats anormaux	5	6	5
Taux de participation (%)	70	71	71

Ces premiers résultats sont très encourageants pour la région puisque le taux de participation pour l'ensemble de la province du Québec n'est que de 47 %, comparativement à 71 % pour le Nunavik. L'effort de toutes les infirmières et du personnel impliqués dans le programme dans chacun des villages a porté fruit.

De plus, lors d'une première mammographie de dépistage, environ 14 % de l'ensemble des Québécoises inscrites au PQDCS ont obtenu un résultat anormal. Ce taux se situe à seulement 5 % au Nunavik.

La prochaine campagne du PQDCS au Nunavik devrait débuter au printemps 2006.

SYNDROME D'ALCOOLISATION FOETALE (SAF)

Nous avons complété la tournée des communautés du Nunavik en offrant la formation sur le SAF aux sept communautés qui ne l'avaient pas reçue en 2003-2004. Nous avons favorisé l'implication de l'homologue inuite qui avait été formée l'année précédente.

En mars 2005, la Direction de la santé publique a organisé un symposium régional sur le SAF. Grâce à un financement obtenu de Santé Canada, tous les leaders régionaux de différents secteurs, incluant les médecins et les travailleurs du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik, ont été invités à participer à cette rencontre d'une durée de deux jours. Le but du symposium était





de permettre une meilleure connaissance en ce qui a trait à la prévention du SAF, la prise en charge des enfants atteints du SAF et le support aux familles et aux intervenants. Près de 50 personnes ont assisté aux différentes activités.

Finalement, nous avons continué de supporter les travaux de recherche devant permettre la production d'outils de dépistage des femmes enceintes à risque et de diagnostic des enfants atteints du SAF qui soient spécifiques au Nunavik. Ces outils devraient être disponibles en 2005-2006.

PROGRAMME RÉGIONAL SUR LE CANCER

La DRSP participe aux travaux du comité régional sur le cancer. Également, lors de la séance de mammographie pour les femmes âgées de 50 à 69 ans, un test de dépistage du cancer du col utérin (test de Papanicolaou) leur a été offert. Il est aussi prévu d'offrir, en collaboration avec les intervenants des deux établissements, le test de Papanicolaou lors des prochaines séances de dépistage du cancer du sein.

PROMOTION DE LA SANTÉ

Comme par les années précédentes, la DRSP a réalisé plusieurs activités de promotion de la santé:

MALADIES INFECTIEUSES

Les activités régulières de promotion de la santé en lien avec certaines maladies infectieuses —trichinellose, botulisme et rage— ont été réalisées à travers différents médias.

VIH et MTS

Des activités ont eu lieu au sein de plusieurs communautés lors de la Journée mondiale sur le SIDA. Malheureusement, dû aux contraintes financières nous empêchant de recruter un intervenant au dossier MTS au cours de l'année, le plan d'action régional sur les MTS et le VIH n'a pu être actualisé.

TABAGISME

Le dossier tabagisme a été l'objet d'une multitude d'activités au cours de l'année 2004-2005. Parmi celles-ci, il importe de mentionner le défi régional « *J'arrête, j'y gagne* » qui s'est tenu du 1er mars au 11 avril 2005. Encore cette année, la participation fut excellente : 256 jeunes âgés entre 8 et 17 ans (dont 166 fumeurs) et 594 adultes (dont 97 fumeurs) se sont inscrits au défi régional. Bien que le nombre total de participants était légèrement moindre que celui de l'année précédente, nous avons pu maintenir un taux de participation nettement supérieur au reste de la province. Au cours de la prochaine année, nous prévoyons réaliser une évaluation de l'efficacité du défi à contribuer à la cessation tabagique au Nunavik.

Nous avons réalisé une campagne publicitaire visant l'abandon du tabagisme. Plusieurs médias ont été utilisés. Les outils ont été développés dans la région même. Cette campagne devrait se poursuivre l'an prochain.

Nous avons poursuivi le programme de formation de jeunes conseillers en cessation tabagique. Nous espérons qu'ils deviendront plus actifs dans les activités de cessation au cours des prochains mois.



DIABÈTE

Nous avons travaillé au développement d'un cahier d'enseignement pour le personnel clinique. Le cahier d'enseignement a été mis à la disposition des CLSC pour vérification et approbation, et la version finale devrait être imprimée au printemps 2005. Les fiches pour les patients qui accompagnent le cahier ont été jugées trop complexes et difficiles à lire. Nous devons donc revoir l'information et la façon dont le message sera livré, soit peut-être avec un texte plus simple accompagnées d'images.

Un livre de recettes favorisant la bonne nutrition a été développé en collaboration avec la nutritionniste régionale. Nous sommes présentement à y insérer des images afin de le rendre plus attrayant et de faciliter la compréhension des recettes qu'il contient. Il devrait être publié en inuktitut et en anglais au cours de la prochaine année.

Le programme de surveillance est en cours d'implantation. La première étape a été franchie avec l'acceptation, par le personnel du Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, d'une liste de patients pour les communautés de l'Ungava. Une infirmière assure la définition de cette liste. De plus, afin de faciliter la tâche des intervenants cliniques, nous prévoyons développer un dossier virtuel de la base de données localisée au Centre de santé Tulattavik. Tout le personnel médical pourra ainsi accéder à la base de données.

Le défi au diabète, projet du Centre de santé Inuulitsivik à Puvirnituq, a été répété pour une deuxième année. Une session a eu lieu à l'hiver 2005 pour les patients diabétiques, incluant un programme de mise en forme, un volet nutritif, une prise de tension artérielle et une vérification du poids.

Nous sommes à développer, en collaboration avec Mme Carmen Savoie, infirmière au CLSC de Tasiujaq, un programme visant la promotion de modes de vie sains, qui comporterait des cours de cuisine, un espace pour entraînement personnel, un programme de perte de poids et une surveillance de la tension artérielle. Tout le village semble se prendre en main et s'impliquer au sein des différents comités existants. Il ne nous reste plus qu'à les rencontrer afin de discuter avec eux et leur fournir le matériel pour le centre d'entraînement.

Quelques infirmières ont été formées sur le diabète, soit par l'intermédiaire du CHUM ou encore via Diabète Québec. Il a été difficile de trouver une formule adéquate pour la formation du personnel du Centre de santé Inuulitsivik. Présentement, les infirmières qui sont formées via Diabète Québec reçoivent une formation de deux jours sur le diabète en général, contrairement à la formation offerte par le CHUM, qui est d'une durée de quatre jours, mais spécifiquement sur le diabète de type 2.



NUTRITION

La DRSP est impliquée dans la réalisation du projet pilote de subvention postale dans la communauté de Kangiqsujuaq. Ce projet à différents volets —subvention pour les frais d'envois postaux, éducation nutritionnelle, affichage dans les magasins, etc.— en est à la phase d'évaluation. Selon les données préliminaires, il semble que le taux de participation à Kangiqsujuaq est meilleur que le taux obtenu dans les autres communautés pilotes, soit à Fort Severn en Ontario et à Kuugaruk au Nunavut. De plus, il semble y avoir eu un changement dans l'alimentation et l'adoption de saines habitudes de vie. Le projet semble avoir eu un impact sur la sécurité alimentaire de la communauté. Une dernière enquête est prévue au printemps 2005, après approbation par la communauté.

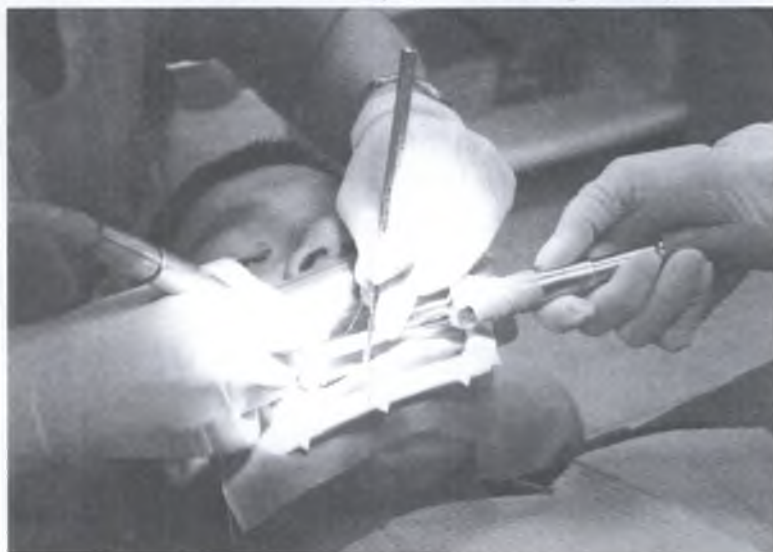
À travers le comité régional de nutrition et de santé, la Direction de la santé publique participe aux travaux de recherche et de promotion de l'alimentation traditionnelle.

SANTÉ DENTAIRE

L'année 2004-2005 a vu la consolidation de l'équipe des services dentaires préventifs par l'engagement de trois nouvelles hygiénistes dentaires. Ce nouvel élan a permis de mettre en branle deux projets qui visent à diminuer la carie dentaire chez les enfants d'âge préscolaire.

Le premier projet concerne la prévention de la carie, avant même son apparition en bouche, grâce à l'application de vernis fluoré chez les enfants les plus jeunes, principalement ceux fréquentant les garderies. Une analyse des premières données de ce projet révèle que près des trois-quarts des enfants acceptent de recevoir une application de vernis fluoré et la presque totalité des parents est prête à revenir pour permettre à leur enfant de recevoir une autre application de vernis. Dans une proportion semblable, les enfants mentionnent s'être brossé les dents la journée précédente avec du dentifrice fluoré. Bien qu'aucune information formelle n'ait été récoltée à ce sujet, il semble que les garderies soient grandement impliquées dans le développement de cette habitude.

Un second projet consiste en une campagne de promotion pour une bonne santé dentaire auprès des enfants du Nunavik. Un concours est présentement ouvert dans toutes les garderies afin d'avoir une comptine originale créée au Nunavik. Cette chanson servira de toile de fond à une campagne radiophonique prévue pour l'automne 2005. Cette dernière pourra être répétée au cours des trois années suivantes.



Finalement, il faut mentionner le travail des hygiénistes dentaires qui rencontrent les étudiants, principalement du niveau primaire, et leur donnent des instructions d'hygiène, leur procurent des fluorures topiques et voient à la pose de scellements de puits et fissures.

ACTIVITÉ PHYSIQUE



Comme par le passé, nous travaillons avec l'Administration régionale Kativik et son département des loisirs. La subvention de Kino-Québec, qui leur est transférée, sert principalement à l'organisation de tournois de hockey, à défrayer les coûts de publicité et à réaliser quelques activités estivales. Au sein de la RRSSN, nous avons fait l'essai de podomètres afin d'encourager le personnel à marcher.

Le programme *Plaisir sur glace* n'a pas eu le succès souhaité. Nous n'avons reçu aucune inscription malgré une relance au niveau des municipalités et malgré la traduction en anglais des documents. Ce programme devra être revu dans le contexte particulier du Nunavik.

Pour le concours *École active* 2005, nous n'avons reçu qu'une demande, soit celle de l'école de Kangiqsujuaq. La subvention de \$3000.00 rattachée au programme a donc été versée en totalité à cette école. Ce montant servira à l'achat d'une chambre froide pour l'entreposage des aliments pour les cours de cuisine du groupe en cheminement particulier.

PROJETS D'INTERVENTION MULTIFACTORIELS

La Direction de la santé publique travaille sur la planification de deux projets d'intervention multifactoriels majeurs en promotion de la santé :



Projet Écoles en santé

La Direction de la santé publique a débuté les démarches en vue de l'implantation éventuelle du projet *Écoles en santé* dans les écoles du Nunavik. L'adjointe au directeur de la santé publique a été identifiée comme chargée de projet. La documentation pertinente a été colligée. La formation de la chargée de projet, initialement prévue au printemps 2005, a dû être reportée à l'automne. Suite à cette formation, nous prévoyons intensifier les démarches en vue de démarrer le projet dans quelques écoles pilotes.

Projet d'intervention en milieu de garde

La Direction de la santé publique a participé aux activités d'un groupe de travail qui vise à implanter un projet d'intervention multifactoriel en milieu de garde au Nunavik. Ce projet a comme objectif de favoriser le développement optimal de l'enfant, en intervenant très tôt dans la vie. Le projet se veut multifactoriel et touchera la santé physique, autant que la santé psychosociale, la nutrition et la santé mentale. Le projet mise avant tout sur les ressources humaines actuellement disponibles au sein du réseau de services de garde au Nunavik.

Une proposition concrète devrait émerger au cours de la prochaine année. Afin de trouver le financement nécessaire, une approche a été tentée auprès de la Fondation Lucie et André Chagnon. Le directeur de la santé publique a été invité à présenter au personnel de la fondation le portrait de santé des enfants du Nunavik. Une relance est prévue au cours de la prochaine année.



CONNAISSANCE – SURVEILLANCE – INFORMATION

RAPPORTS STATUTAIRES ET AUTRES RAPPORTS

Le rapport MADO pour l'année 2004 ainsi que l'étude des dossiers de mortalité pour les années 2002 et 2003 ont été réalisés. À titre indicatif, voici les principaux résultats de l'étude des causes de mortalité pour l'année 2003 :

Cause de mortalité	Suicide	Homicide	Accident	Infection	Tumeur	Cardio-vasculaire	Respiratoire	Périnatalité	Autre	TOTAL
Nombre	15	2	17	2	12	5	15	5	6	79

Ces résultats montrent que les suicides, les traumatismes (accidents), les problèmes respiratoires et les tumeurs sont les principales causes de mortalité au Nunavik pour l'année 2003.

De plus, dans le cadre du plan d'action stratégique de la RRSSN, la Direction de la santé publique a produit une version abrégée du portrait de santé général de la population du Nunavik, portrait ayant servi à définir les priorités régionales.

RÉALISATIONS ET/OU PARTICIPATION À DES ENQUÊTES RÉGIONALES

Enquête générale sur la santé des Inuits du Nunavik

L'enquête sur la santé de la population générale du Nunavik, *Qanuippitaa?* (Comment allons-nous ?), s'est déroulée sur une période de six semaines, de la fin août au début d'octobre 2004. Toutes les communautés ont été visitées. Parmi les familles et les individus qui avaient été sélectionnés de façon aléatoire pour participer à l'enquête, le taux de participation a été satisfaisant, soit de l'ordre de près de 60 % selon les différentes catégories. Aucun incident malencontreux n'a été rapporté. L'accueil des communautés fut très chaleureux.

Tel que prévu à l'échéancier de travail, la validation des questionnaires et le début de l'analyse des données devaient débiter durant l'année fiscale 2005-2006. Nous prévoyons que les premiers résultats sur la santé de la population du Nunavik seront disponibles à l'automne 2005. La population du Nunavik sera la première informée, alors que les tous premiers résultats seront rendus publics lors de l'assemblée générale annuelle de la RRSSN en octobre 2005.



Il est à noter que sur une base individuelle, les individus ayant accepté de subir des épreuves cliniques lors de l'enquête ont déjà été informés de leurs résultats personnels. Ceux qui présentaient des résultats anormaux ont été invités à rencontrer le personnel des CLSC afin d'assurer le suivi approprié.

En lien avec l'enquête de santé, la majorité des participants a accepté de participer à l'étude de cohorte sur les problèmes de santé chroniques affligeant les Inuits de plusieurs pays. Des données de base ont donc été recueillies lors de l'enquête. Il est prévu que les participants seront contactés ultérieurement (environ sept ans plus tard) pour mesurer à nouveau leur état de santé.

PLAN COMMUN DE SURVEILLANCE

En lien avec la *Loi sur la santé publique*, un plan commun de surveillance de l'état de santé de la population pour l'ensemble du Québec a été élaboré. Pour le Nunavik et les autres régions nordiques éloignées, ce plan commun de surveillance pourrait s'avérer difficile à mettre en œuvre, compte tenu du peu de ressources disponibles et des faibles effectifs de population dont les caractéristiques démographiques, sociales et culturelles sont fort différentes du reste de la province.

La mise en œuvre de ce plan de surveillance nécessite donc des adaptations pour certaines régions. C'est pourquoi la Direction de la santé publique du Nunavik travaille en collaboration avec celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James, ainsi qu'avec l'INSPQ, afin d'adapter ce plan commun de surveillance à nos régions socio-sanitaires.

Le plan commun de surveillance adapté aux régions nordiques traite dans un premier temps des difficultés rencontrées en rapport avec la disponibilité et la validité de certaines sources de données, de la pertinence de certains indicateurs et de la nécessité d'en ajouter de nouveaux. Dans une deuxième section, ce sont les problèmes méthodologiques relatifs aux petits nombres d'individus composant ces populations, tant pour le calcul d'indicateurs que pour le besoin de protéger la confidentialité, qui sont abordés. La troisième partie traite de la diffusion des données ainsi que de la façon de présenter et diffuser l'information.

Ce plan adapté sera un précieux outil pour surveiller l'état de santé de la population du Nunavik au cours des prochaines années.

SURVEILLANCE CIRCUMPOLAIRE

Le réseau circumpolaire de surveillance des MADO bactériennes invasives a tenu une importante rencontre en décembre 2004 à Montréal. Un bilan des activités et résultats de surveillance a été présenté. Pour ce qui est du Nunavik, une diminution du nombre de pneumocoques invasives est notée depuis la campagne d'immunisation de masse avec le vaccin 23-valent du printemps 2002 et l'introduction du vaccin conjugué 7-valent au calendrier régulier des jeunes enfants. Des discussions ont été tenues afin d'apporter des modifications aux éléments recueillis et transmis au niveau international de façon à respecter les nouveaux cadres législatifs applicables au Québec en matière de surveillance. Ainsi, certaines variables nominatives et démographiques ne seront plus acheminées. De plus, le LSPQ n'enverra aucune information directement au réseau circumpolaire. Les éléments pertinents de laboratoire seront transmis par les autorités de santé publique participantes.



RECHERCHE ET ÉVALUATION

ÉVALUATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION DE LA TOXOPLASMOSE CONGÉNITALE

Nous avons mis sur pied une équipe regroupant des médecins chercheurs de l'Hôpital général de Montréal, de l'INSPQ ainsi que du CHUL afin de procéder à l'évaluation de ce programme. Le Nunavik est la seule région au Québec et au Canada, à avoir mis en place un tel programme de dépistage et d'intervention. La question de l'efficacité et de la pertinence de cette mesure se pose. Après un retard de plusieurs mois dû aux difficultés d'accès aux données essentielles, le groupe de travail est de nouveau actif.

AUTRES RECHERCHES

Le projet d'évaluation de l'impact de la campagne de vaccination massive contre le pneumocoque qui a été réalisée récemment au Nunavik est en cours de réalisation. La Direction de la santé publique collabore à ce projet avec des chercheurs de l'Université Laval.

La Direction de la santé publique participe également à plusieurs autres projets de recherche, notamment dans le domaine de la nutrition, de la santé et des contaminants.

MISE À JOUR DU SITE WEB

La DRSP maintient son site Web, qui est accessible autant à la population générale qu'aux intervenants des deux établissements.

REPRÉSENTATION

PARTICIPATION AUX COMITÉS OU GROUPES DE TRAVAIL

Les membres de la DRSP ont participé aux travaux de plusieurs comités ou groupes de travail, tant au niveau régional, que provincial et national. Parmi les comités ou groupes de travail, mentionnons les suivants :

SUR UNE BASE RÉGIONALE

- Comité de prévention clinique
- Comité de nutrition et de santé
- Comité régional de santé dentaire
- Comité régional sur le cancer



SUR UNE BASE PROVINCIALE OU NATIONALE

- Table de concertation nationale en maladies infectieuses
- Table de concertation nationale en santé publique
- Comité provincial des infirmières en santé au travail
- Comité provincial sur la tuberculose
- Etc.

COMITÉ AVISEUR SUR LE PLAN STRATÉGIQUE

Suite à une demande en ce sens du ministre de la santé, la RRSSSN a été mandatée pour développer un plan d'action stratégique régional pour le secteur des services de santé et des services sociaux pour les cinq prochaines années. Un consultant a été embauché.

La Direction de la santé publique a participé très activement aux travaux entourant la réalisation du plan stratégique : participation aux rencontres du comité aviseur, présentation du portrait sommaire de la santé de la population du Nunavik, coordination du processus (après la nomination de la nouvelle Directrice générale), etc.

CONCLUSION

Quelques initiatives dont les bases ont été jetées au cours de l'année 2004-2005 orienteront fortement les actions de la Direction de la santé publique pour les prochaines années. Citons notamment le début des travaux de planification de projets comme *Écoles en santé* et du projet d'intervention multifactoriel en milieu de garde. Ces projets permettent d'agir sur une multitude de facteurs en profitant de l'effet de synergie des interventions.

Également, à l'intérieur du processus de définition du plan d'action stratégique régional, nous avons jeté les bases de notre développement futur, axé sur les interventions favorisant le développement des communautés. Pour ce faire, nous anticipons développer le réseau de santé publique au niveau local et sous-régional, pour être plus près de la réalité vécue par la population. Nous demandons que soient développés le réseau des agents de santé communautaire au sein de chaque communauté ainsi qu'un comité local de bien-être. Ces deux entités doivent être en lien étroit avec le réseau de la santé et des services sociaux pour permettre aux communautés de faire connaître leurs besoins et de mieux s'impliquer dans la définition des solutions.

Finalement, l'obtention de nouvelles données importantes sur l'état de santé de la population, prévue pour l'automne 2005, devrait nous renseigner sur l'évolution de l'état de santé au cours des 15 dernières années et nous permettre d'ajuster les priorités du réseau de la santé et des services sociaux à cette nouvelle réalité.



DIRECTION DES SERVICES ADMINISTRATIFS

MESSAGE DU DIRECTEUR PAR INTÉRIM

Silas Watt



J'ai été embauché pour le poste de commis comptable principal à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik en février 1999. J'ai ensuite occupé le poste d'agent de gestion financière. Depuis, j'ai été témoins de maints changements et vu plusieurs défis relevés.

Après avoir participé à plusieurs séances de formation dans le secteur de la santé, le 4 décembre 2004, j'ai été nommé assistant au directeur des Services administratifs. Peu de temps après, au départ de l'ancien directeur, Jean-François Racine, en février, on m'a proposé d'assumer son poste temporairement, ce que j'ai accepté.

Avec six ans d'expérience dans ce milieu stimulant et changeant, je me sens non seulement honoré de faire partie de l'équipe de gestion de notre organisme mais aussi prêt à en assumer les responsabilités en tant que directeur des Services administratifs par intérim.

Plusieurs défis sont encore à relever, lesquels vont affecter les services destinés à la population. Parmi ces défis sont nos ressources financières et humaines limitées. Cependant, je suis convaincu qu'en travaillant en équipe, nous saurons surmonter ces obstacles et pourrons accomplir de grandes choses. Ainsi, j'ai l'intention d'investir beaucoup d'effort afin de créer une atmosphère propice au travail d'équipe entre le personnel de mon département et la direction, ce qui, à mon avis, nous permettra de réussir dans nos efforts pour mieux servir la population du Nunavik.

SERVICES ADMINISTRATIFS

Les responsabilités principales de la Direction des services administratifs sont l'attribution et la gestion du budget régional, la planification des ressources humaines, la gestion des ressources informationnelles et la gestion des immobilisations pour la RRSSSN ainsi que les deux centres de santé de la région. En réalisant ces activités, la direction s'assure que les politiques et les procédures établies dans le réseau sociosanitaire du Québec sont respectées.

Au niveau régional, la direction est responsable de l'attribution des crédits régionaux ainsi que du suivi des résultats financiers centres de santé. Afin de financer le déficit de fonctionnement des deux établissements, la Direction gère également les autorisations d'emprunt. Les activités concernant la gestion des immobilisations comprennent l'attribution du budget pour les rénovations et le maintien des deux établissements ainsi que pour le remplacement des équipements médicaux et spécialisés.

Au niveau organisationnel, la Direction est responsable du budget de fonctionnement de la RRSSSN, de la gestion financière des fonds assignés provinciaux et fédéraux, de l'attribution des immobilisations, ainsi que des budgets des organismes communautaires. La Direction est également responsable du maintien et du fonctionnement des 35 unités de logement pour le personnel ainsi que du bâtiment de bureaux de la RRSSSN.

La Direction a aussi la responsabilité de gérer les services administratifs régionaux fournis aux centres de santé. En réponse aux préoccupations des deux établissements au niveau des services regroupés dans les domaines de la comptabilité, des achats, de la paie, des services techniques et des ressources humaines, un consultant fut embauché afin d'évaluer ces services. Suite aux résultats de son évaluation et à ses recommandations, des discussions ont eu lieu sur la décentralisation de ces services.

La Direction a plusieurs responsabilités, et il semble apparent qu'elle aura besoin d'une restructuration selon ses différentes activités. Nous élaborerons un plan dans l'année à venir afin de régler cette question.



RESSOURCES FINANCIÈRES

LE BUDGET RÉGIONAL (MSSS)

Le MSSS a alloué un total de 77,1 millions de dollars pour la région, attribué par la Direction des services administratifs comme suit :

RÉPARTITIONS 2004-2005	Millions \$
ÉTABLISSEMENTS	
Centre de santé Inuulitsivik	34,3 \$
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	27,7 \$
FONDS ASSIGNÉS, RRSSSN	
Services de santé aux assurés et non-assurés	8,8 \$
Autres	0,8 \$
ORGANISMES COMMUNAUTAIRES	
Centres de jeunesse	3,3 \$
Autres	2,2 \$
TOTAL DES TRANSFERTS	77,1 \$

Au cours de 2004-2005, le MSSS a annoncé une hausse récurrente de 16,8 million de dollars dans le budget de fonctionnement des deux établissements, une portion de cette hausse étant destinée aux services de santé aux assurés et non-assurés ainsi qu'au développement de projets spécifiques.

Il y a eu un développement important dans le dossier des services de santé aux assurés et non-assurés. Le MSSS a majoré ce budget de 8,8 millions de dollars, pour un budget total de 16,7 millions. Encore plus important, ce budget sera ajustable, ce qui veut dire que le coût total sera financé dans son intégralité. Un cadre d'entente de gestion sera signé entre le MSSS, les établissements et la RRSSSN, précisant les modalités d'application, les modalités de financement et les dépenses admissibles.

Pour l'année financière 2004-2005, le MSSS a autorisé un déficit de fonctionnement de 7,5 millions de dollars pour les deux établissements. Cependant, nous nous attendons à un déficit considérablement plus élevé que le montant autorisé.



Avec la collaboration des deux établissements, la Direction générale a rédigé un plan stratégique, lequel devrait être soumis au MSSS afin d'assurer un meilleur développement de services pour la région. Ce plan comprend des demandes de financement supplémentaire.

Situation de déficit

Le MSSS a reconnu le coût de fonctionnement élevé des établissements. Pour cette raison, un montant de 27,3 millions de dollars du déficit total accumulé de 63 millions en 2003-2004 a été remboursé en 2004-2005. De ce montant reçu pour le remboursement du déficit, une portion de 23,3 millions a été allouée pour le coût des services de santé aux assurés et non-assurés, et l'autre portion de 4 millions au transport. Le solde de 35,7 millions du déficit accumulé en 2003-2004 sera le sujet d'autres discussions avec le MSSS.

Le déficit accumulé est financé par des marges de crédit autorisée par le MSSS. Les remboursements faits sur le montant du déficit devraient réduire considérablement les intérêts encourus par les deux établissements.

LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT DE LA RRSSSN

La Direction fournit son expertise en matières financières aux autres directions : la Direction générale, la Direction de la planification et de la programmation, et la Direction de la santé publique. Durant l'année, la Direction des services administratifs a géré les fonds suivants :

Budget de fonctionnement et fonds assignés

Le MSSS a alloué un budget de 3,7 millions de dollars pour le fonctionnement de la RRSSSN. En plus de ce budget de fonctionnement, la RRSSSN a aussi reçu et géré un montant de 10 millions en fonds assignés pour certaines activités. Ces fonds assignés ont été financés par le biais de deux sources différentes : l'une directement du MSSS, l'autre du budget régional.

Fonds d'immobilisations

La RRSSSN a également transféré un montant de 2,7 millions de dollars pour différents projets d'immobilisations tels le remplacement des équipements, le maintien et les rénovations à son bâtiment, et l'achat des équipements médicaux.

Fonds assignés fédéraux

Le gouvernement fédéral a transféré une somme d'environ 5,1 millions de dollars à la région. Contrairement aux fonds assignés provinciaux, les accords de contribution avec Santé Canada et les Affaires indiennes et du Nord canadien sont établis sur une base annuelle. À la fin de l'année, le gouvernement fédéral récupère tout solde qui n'a pas été dépensé durant l'année.



STATISTIQUES SUR LES RESSOURCES HUMAINES

Au 31 mars 2005, la RRSSSN avait à son emploi 13 cadres à temps plein ainsi que 61 employés réguliers : 40 à temps plein, 1 à temps partiel et 20 qui occupaient des postes temporaires ou étaient sur la liste de rappel. De son effectif total de 74 employés, 18 étaient Inuits.

SERVICES TECHNIQUES ET D'IMMOBILISATIONS

Le MSSS a octroyé des fonds pour la construction de 12 unités de logements pour le personnel des deux centres de santé, ainsi que de 4 autres unités, celles-ci dédiées aux médecins. De son côté, la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik est aussi allé chercher des fonds pour la construction de 11 unités de logements de plus. Elle a aussi négocié avec les diverses municipalités concernées et leurs corporations foncières afin d'obtenir les terrains nécessaires pour ériger les unités de logements en question. Les radiers de ces 27 unités de logements ont aussi été préparés. Lesdits logements sont localisés comme suit :

Centre de santé Inuulitsivik :

- 2 unités de logement à Umiujaq
- 2 unités de logement à Inukjuak
- 7 unités de logement à Puvirnituq
- 2 unités de logement à Akulivik
- 1 unité de logement à Ivujivik
- 1 unité de logement à Salluit

Centre de santé Tulattavik de l'Ungava:

- 2 unités de logement à Tasiujaq
- 10 unités de logement à Kuujuaq

Au tout début de l'année financière 2004-2005, au printemps 2004, le MSSS a fait l'annonce de son approbation du Programme fonctionnel technique (PFT) pour un montant de six millions de dollars qui servirait à la construction d'un nouveau CLSC à Akulivik, devant débiter en juillet 2005.

Au cours de l'année, la mise à jour ainsi que la validation de l'inventaire des bâtiments de la RRSSSN et des deux centres de santé a aussi été réalisée en relation avec le programme SIGARSSS.

Des autorisations ont aussi été reçues de la part du MSSS pour le maintien des actifs, pour un montant de 731,479 \$, ainsi que pour le remplacement d'équipement pour la région, au montant de 177,479 \$.

Le MSSS a aussi accordé une enveloppe budgétaire de 200,000 \$ pour effectuer des rénovations aux chambres en soins de longue durée (CHSLD) dans la région.



SYSTÈMES D'INFORMATION

TÉLÉSANTÉ

Nous avons fait l'acquisition de deux équipements de télésanté mobile en remplacement des équipements désuets du projet RQTE. Ces nouveaux équipements seront bientôt mis en service au Centre de santé Inuulitsivik et au Centre de santé Tulattavik de l'Ungava. Ils seront dédiés à la télémédecine et permettront une meilleure accessibilité, ceux-ci nécessitant beaucoup moins d'espace physique que les équipements existants. Ils seront aussi utilisés pour les séances de formation et autres sessions de télémédecine. Avec ces nouveaux appareils, les usagers pourront avoir accès à des spécialistes sans se déplacer aux centres tertiaires.

Près de 200 rencontres de gestion ont été effectuées durant l'année, soit près de 900 heures de vidéoconférence. On a constaté des économies considérables grâce à l'utilisation des équipements de vidéoconférence situés dans les trois établissements. Il est à noter que les mêmes équipements de télésanté servent actuellement aux activités diagnostiques (échographie cardiaque, urologique et abdominale), aux consultations médicales, à la formation continue et aux réunions administratives.

Voici un aperçu des activités en télésanté :

<u>Activités de Télésanté 2004-2005</u>	<u>n. de sessions enregistrées</u>
Téléradiologie	50
Télé-échographie	10
Télépsychiatrie	8
Télécomparution	4
Téléformation	8
Téléconsultations	10
Télévisites "patient"	1
Téléconférences administratives-professionnelles	190
Nombre total de sessions	281

Nous espérons que le ministère de la Santé et des Services sociaux prendra en considération que la télésanté pourrait avoir des impacts positifs sur la qualité des services offerts aux populations en régions éloignées telles que le Nunavik.



PLAN DIRECTEUR

Le plan directeur régional des systèmes d'information, de la télésanté et de la télécommunication, dont le développement a débuté l'année dernière devrait être déposé au MSSS en juillet 2005. Ce plan mettra l'accent sur le développement technologique en région, en particulier en ce qui a trait au rehaussement du réseau de télécommunication satellitaire (RTSSmo) et de la télésanté. Présentement, les liens de télécommunications dans les points de service des CLSC ne sont pas adéquats et mettent en péril les déploiements prévus ou en cours des systèmes d'information pour la clientèle et/ou des systèmes administratifs tels que celui d'Intégration CLSC, de la télésanté, du système d'information des laboratoires, etc.

RADIOLOGIE NUMÉRIQUE

Les travaux concernant l'obtention de financement pour le déploiement d'un système de radiologie numérique dans les deux centres de santé de la région s'est déroulé avec succès. La demande de financement soumise à Santé Canada dans le cadre du projet FASSP a été acceptée et l'entente de contribution a été signée en août 2004. L'implantation débutera durant l'été de 2005. La demande de financement est de 801,900 \$, montant qui sera versé sur une période de deux ans. Une entente avec les services de radiologie du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) est présentement en négociation.

SYSTÈME D'INFORMATION EN LABORATOIRE (SIL)

Le déploiement du système d'information en laboratoire (SIL) a été complété dans les deux centres de santé de la région.

SÉCURITÉ

La mise en place de la politique sur la sécurité des ressources informationnelles continue à évoluer et nous allons continuer à informer les gestionnaires, tout en mettant davantage d'accent sur l'importance de la sécurité dans tous les établissements de santé en région.

SITE INTERNET

Le site Web de la RRSSSN est fonctionnel. On peut y accéder à l'adresse suivante : www.rrssl7.gouv.qc.ca Une version en inuktitut devrait être accessible sous peu.



ANNEXE

**RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK**

SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS

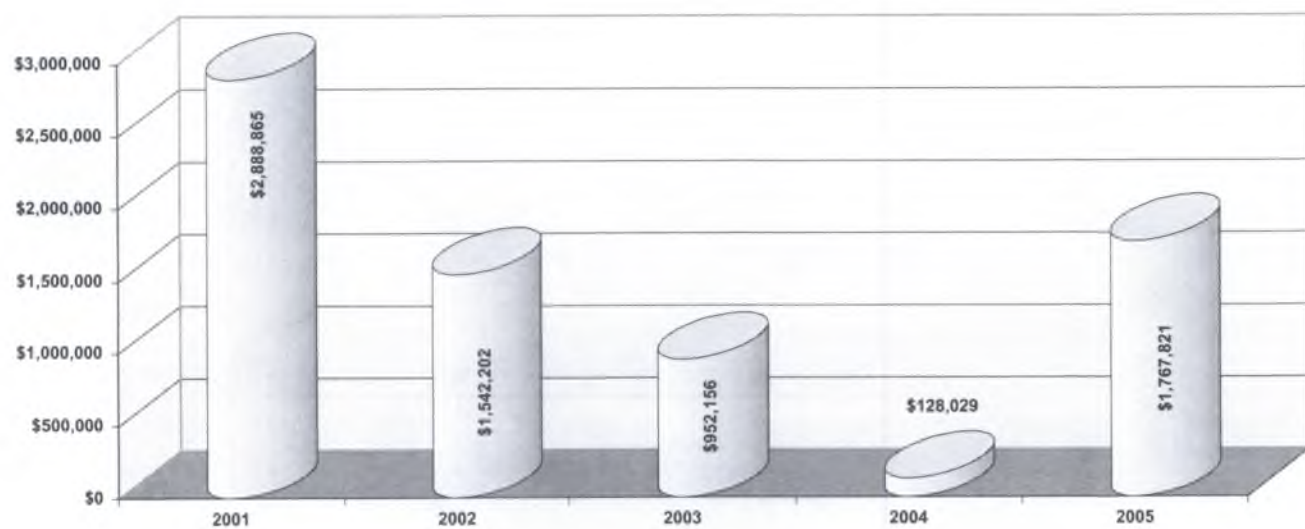
31 MARS 2005

**RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2005**

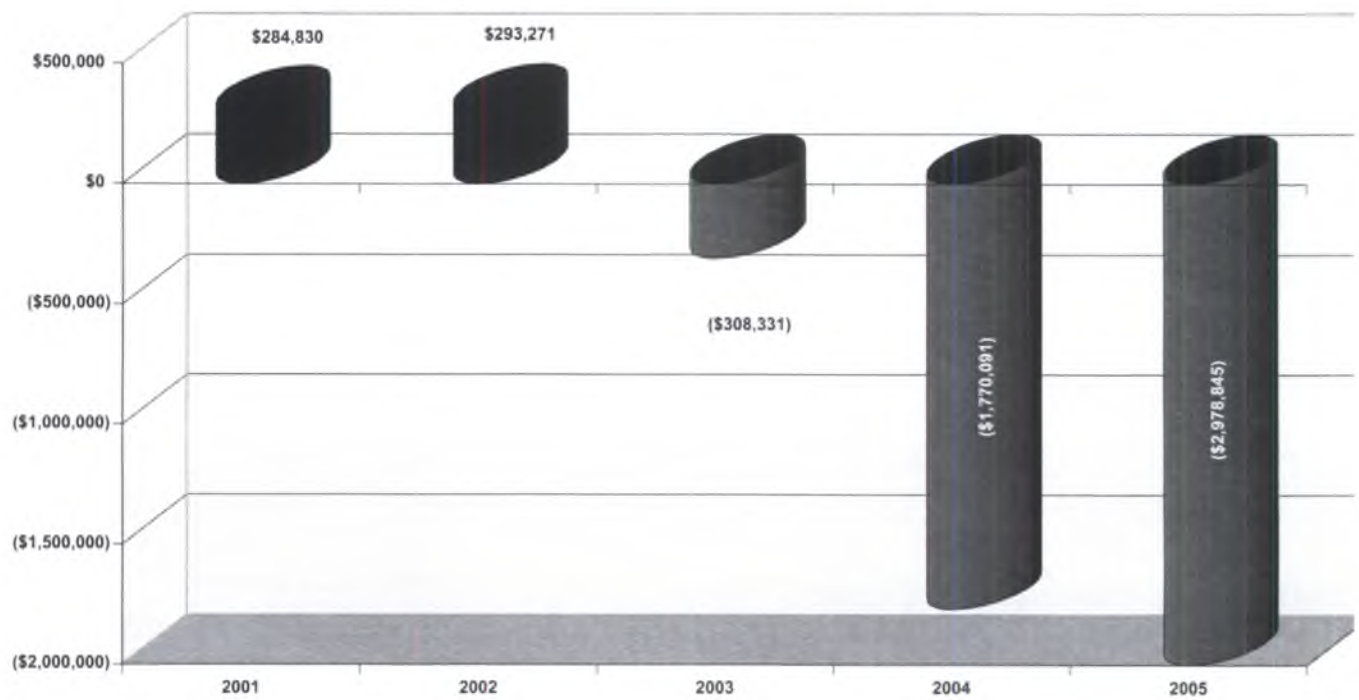
TABLE DES MATIÈRES

	Page
 <u>PARTIE I - RAPPORT SOMMAIRE</u>	
 <u>PARTIE II - SOMMAIRE DES ÉTATS FINANCIERS</u>	
RAPPORT DES VÉRIFICATEURS	1
ANNEXE I	2
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	
BILAN	3
SOLDE DE FONDS	4
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES	5
FONDS D'IMMOBILISATIONS	
BILAN	6
SOLDE DE FONDS	7
FONDS AFFECTÉS	
BILAN CUMULÉ	8
SOLDE DE FONDS CUMULÉ	9
NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS	11

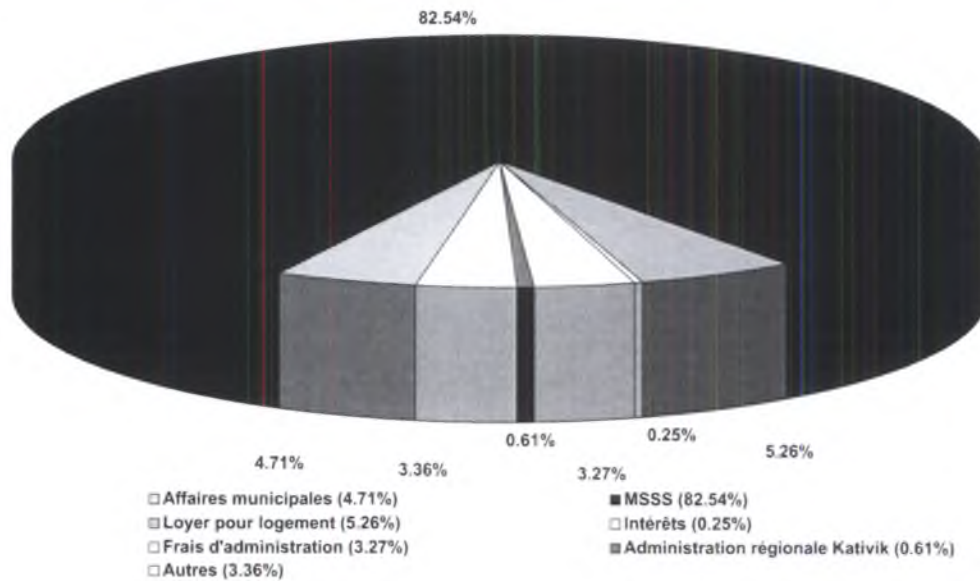
SITUATION DE CAISSE CUMULÉE



FONDS D'ADMINISTRATION - SOLDE DE FONDS

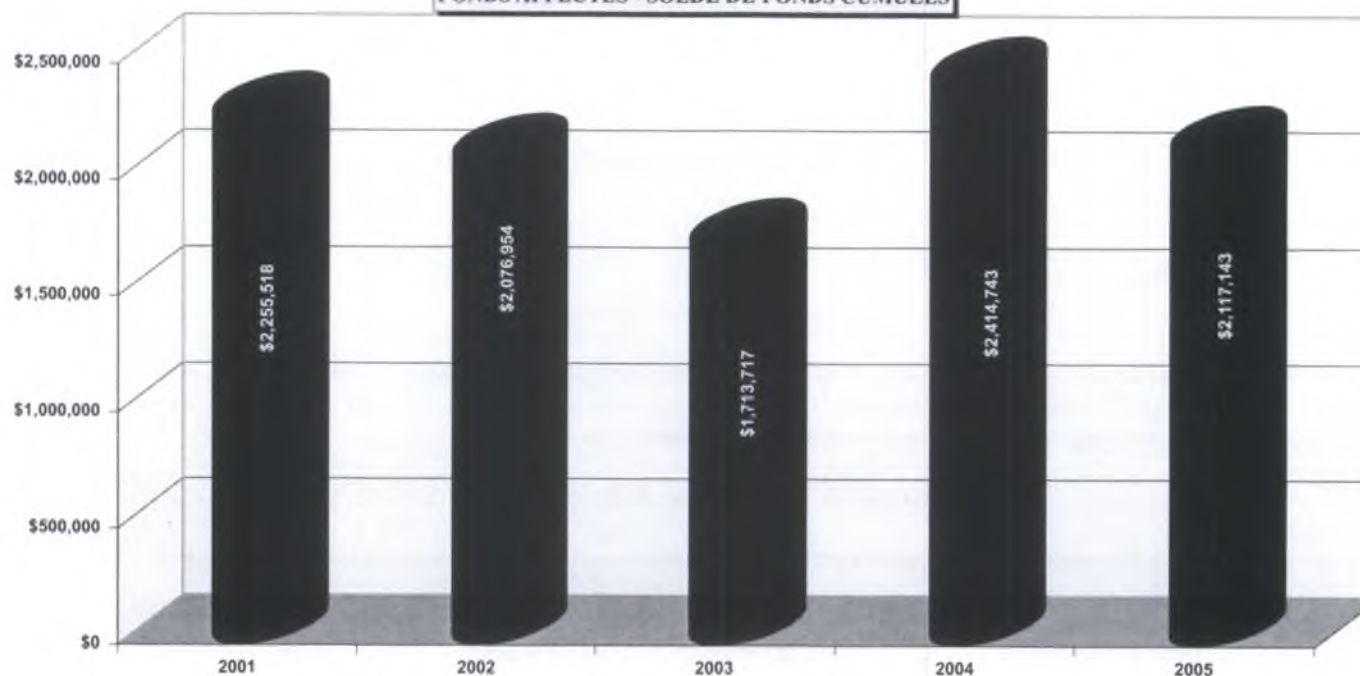


FONDS D'ADMINISTRATION - SOURCES DE REVENUS POUR L'EXERCICE

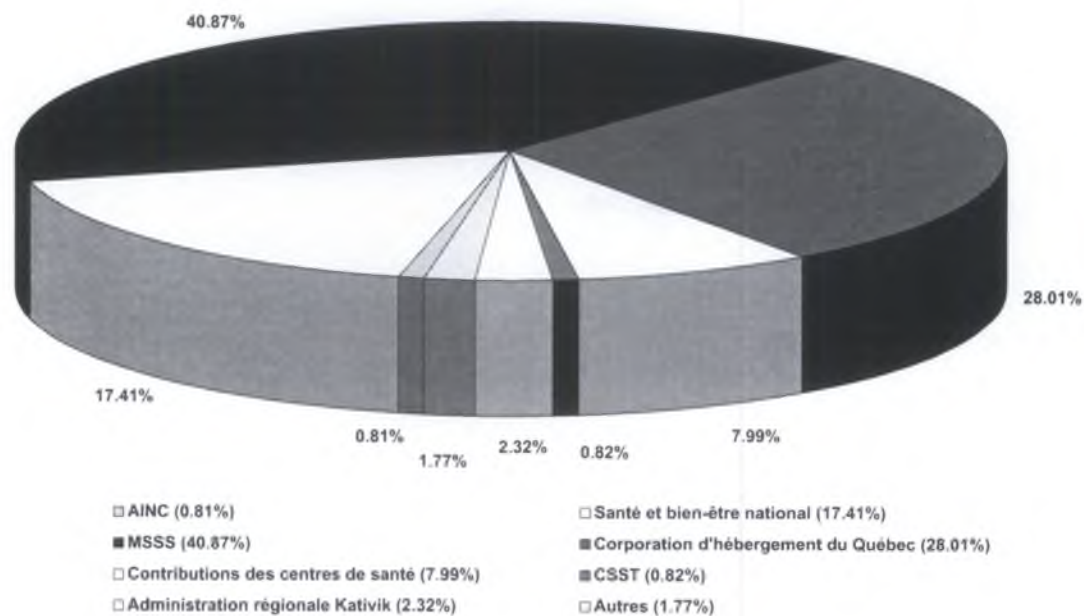


Autres (3.36%)

FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉS



FONDS AFFECTÉS - SOURCES DE REVENUS POUR L'EXERCICE



RAPPORT DES VÉRIFICATEURS (SUITE)

ANNEXE I

Services assurés non-assurés

Tel que décrit à la note 8, étant donné l'absence de politiques et de procédures requises à la gestion et à l'administration des services assurés non-assurés, nous n'avons pas été en mesure de compléter le mandat de vérification spécifique des services assurés non-assurés.

Procédures d'approvisionnement

Tel que décrit à la note 9, la Régie régionale ne possédait pas de politiques et procédures d'approvisionnement. De plus, des achats ont été effectués sans contrat et/ou d'appel d'offres.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - BILAN
31 MARS 2005

	2005	2004
	\$	\$
ACTIF		
ENCAISSE	633,459	-
DÉBITEURS (note 1 a))	2,490,745	4,385,195
	3,124,204	4,385,195
PASSIF		
DÉCOUVERT BANCAIRE	-	387,775
CRÉDITEURS ET DETTES COURUES	1,328,093	987,777
MONTANT DÛ AUX FONDS AFFECTÉS	4,604,750	4,625,120
REVENU REPORTÉ (note 2)	170,206	154,614
	6,103,049	6,155,286
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	(2,978,845)	(1,770,091)
	(2,978,845)	(1,770,091)
	3,124,204	4,385,195

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION:

_____, Administrateur

_____, Administrateur

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Budget	Réel	Réel
	2005	2005	2004
	\$	\$	\$
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	(1,770,091)	(1,770,091)	(308,331)
Ajustements - années précédentes	-	-	(63,369)
Excédent (insuffisance) des produits sur les charges	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	(2,378,851)	(2,978,845)	(1,770,091)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE
ÉTAT DES PRODUITS ET DES CHARGES
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Budget 2005 \$	Réel 2005 \$	Réel 2004 \$
PRODUITS			
Ministère de la santé et des services sociaux -			
opérations régulières	3,657,001	3,575,399	3,579,511
Location de résidences	256,725	226,730	230,069
Intérêts	5,000	10,903	26,217
Charges administratives	108,977	141,056	120,077
Administration régionale Kativik	51,741	26,210	59,730
Affaires municipales	197,076	202,988	192,015
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	71,300	66,496	-
Autres produits	113,000	78,536	125,539
	4,460,820	4,328,318	4,333,158
Revenu reporté à l'ouverture de l'exercice	-	154,614	139,022
Revenu reporté à la fermeture de l'exercice	-	(170,206)	(154,614)
	-	(15,592)	(15,592)
	4,460,820	4,312,726	4,317,566
CHARGES			
Administration générale	3,880,435	4,392,174	4,661,813
Conseillers en santé communautaire	699,998	632,895	573,733
Charges d'opération du bâtiment	489,147	496,411	480,411
	5,069,580	5,521,480	5,715,957
EXCÉDENT (INSUFFISANCE) DES PRODUITS SUR LES CHARGES	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - BILAN
31 MARS 2005

	2005	2004
	\$	\$
ACTIF		
IMMOBILISATIONS		
Équipement informatique et de bureau	2,150,874	2,098,829
Résidences	5,808,703	5,808,703
Mobilier de résidences	303,055	302,088
Bâtiment	3,058,165	3,006,523
Équipement spécialisé	35,661	30,240
Véhicules	76,146	56,950
	11,432,604	11,303,333
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	11,432,604	11,303,333
	11,432,604	11,303,333

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS D'IMMOBILISATIONS - SOLDE DE FONDS
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	2005	2004
	\$	\$
SOLDE À L'OUVERTURE DE L'EXERCICE	11,303,333	10,833,524
Immobilisations acquises par le fonds d'administration générale	51,251	45,257
Immobilisations acquises par les fonds affectés	78,020	424,552
SOLDE À LA CLÔTURE DE L'EXERCICE	11,432,604	11,303,333

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - BILAN CUMULÉ
31 MARS 2005

	2005	2004
	\$	\$
ACTIF		
ACTIF À COURT TERME		
ENCAISSE	1,134,362	15,804
PLACEMENT TEMPORAIRE	-	500,000
INVENTAIRE	-	260,812
MONTANT À RECEVOIR DU FONDS D'ADMINISTRATION GÉNÉRALE	4,604,750	4,625,120
DÉBITEURS (note 1 b))	34,389,868	28,136,550
CHARGES PAYÉES D'AVANCE	-	13,325
	40,128,980	33,551,611
PASSIF		
PASSIF À COURT TERME		
EMPRUNTS BANCAIRES (note 3)	1,407,772	2,271,378
CRÉDITEURS ET FRAIS COURUS	6,629,558	5,902,454
FINANCEMENT TEMPORAIRE	8,534,492	500,285
RÉSERVE POUR FORMATION (note 4)	103,930	103,930
PORTION COURT TERME DES OBLIGATIONS À PAYER (note 5)	6,849,073	5,317,127
	23,524,825	14,095,174
OBLIGATIONS À PAYER (note 5)	14,487,012	17,041,694
	38,011,837	31,136,868
SOLDE DE FONDS		
SOLDE DE FONDS	2,117,143	2,414,743
	2,117,143	2,414,743
	40,128,980	33,551,611

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Solde de fonds au début de l'exercice \$	Produits \$	Charges \$	Solde de fonds à la fin de l'exercice \$
ADMINISTRATION				
Fonds d'immobilisation	-	2,749,388	2,749,388	-
Développement du personnel cadre	240,675	25,797	105,841	160,631
Programme des services aux assurés/non-assurés	-	8,527,342	8,527,342	-
Réseau communautaire - Jeunesse du Nunavik	75,545	691,044	553,927	212,662
Implantation du système informatique	14,790	-	-	14,790
Construction de résidences	-	6,621,000	6,339,688	281,312
PACS - Téléradiologie	-	801,900	821,169	(19,269)
MEO Orientation technologique	29,291	-	-	29,291
Planification stratégique	(59,195)	110,000	120,355	(69,550)
Technocentre	-	165,196	165,196	-
Services d'administration régionale	-	2,523,152	2,523,152	-
Gestion des services aux assurés/non-assurés	-	250,000	307,390	(57,390)
	301,106	22,464,819	22,213,448	552,477
SANTÉ PUBLIQUE				
Santé et sécurité au travail	143,274	240,773	350,181	33,866
Kino-Québec	895	35,600	8,449	28,046
Plan d'action de lutte au tabagisme	(1,443)	8,292	88,286	(81,437)
Programme de nutrition	(980)	13,121	46,490	(34,349)
Programme de sécurité des aliments	77,496	32,700	1,800	108,396
Dépistage du cancer du sein - Volet régional	49,201	-	184,954	(135,753)
Coordination du programme de contamination nordique	16,047	-	-	16,047
Programme québécois d'abandon du tabagisme	8,169	-	3,256	4,913
Campagne publicitaire anti-tabac	-	-	-	-
Gang allumée	1,643	600	-	2,243
Campagne publicitaire anti-tabac	(2,165)	43,000	15,196	25,639
Programme de tabagisme fédéral	(79)	98,500	97,793	628
Communication NNHC	31,883	30,033	12,277	49,639
SAF	710	150,360	158,990	(7,920)
Recherche sur la prévention des blessures	10,000	-	-	10,000
Sida et MTS - Information et prévention	128,654	-	87,265	41,389
VIH et MTS - Groupes à risque	29,398	-	-	29,398
Hépatite C	6,035	-	-	6,035
Vaccins B - Sec. 5	(9,302)	50,172	9,851	31,019
Services globaux en périnatalité	33,570	-	340	33,230
Campagne de promotion	-	87,869	77,189	10,680
Tournée du Nunavik sur les contaminants	454	-	-	454
Les changements climatiques et la santé	16,184	23,737	2,358	37,563
Enquête sur la santé des Inuits	43,010	75,000	6,808	111,202
Sida - Prévention et dépistage	19,479	-	650	18,829
Subvention en santé publique	115,465	-	119,255	(3,790)
Diabète	(19,402)	195,435	197,857	(21,824)
Promotion de l'allaitement	8,404	-	-	8,404
	706,600	1,085,192	1,469,245	322,547

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
FONDS AFFECTÉS - SOLDE DE FONDS CUMULÉ
EXERCICE TERMINÉ LE 31 MARS 2005

	Solde de fonds au début de l'exercice \$	Produits \$	Charges \$	Solde de fonds à la fin de l'exercice \$
PLANIFICATION ET PROGRAMMATION				
Programme des sages-femmes	23,960	40,000	8,123	55,837
Soins à domicile	130,556	-	66,639	63,917
Maintien à domicile des personnes handicapées (OPHQ)	1,082	-	-	1,082
Autres programmes	13,754	-	1,035	12,719
Soutien à la famille	(27,285)	-	-	(27,285)
Protection de la jeunesse	4,528	-	9,990	(5,462)
Priorité régionale	(44,912)	-	75,162	(120,074)
Priorité régionale pour la jeunesse	-	-	-	-
Formation de la santé et des services sociaux	(8,847)	-	-	(8,847)
Soins à domicile	(109,528)	2,025,678	1,936,534	(20,384)
Soins à domicile - Construction	-	-	-	-
Emploi et stage d'été	17,962	-	109,345	(91,383)
Plan de participation communautaire	(3,446)	307,004	157,197	146,361
Stage de résidence en médecine familiale	(6,375)	-	62,683	(69,058)
Prime d'installation - Bourse de formation	13,541	451,602	280,496	184,647
Organisation des services - Infirmerie	120,000	-	120,000	-
FAE	(36,624)	56,640	66,009	(45,993)
Adaptation des cadres et de la main d'œuvre	-	43,365	55,514	(12,149)
Santé mentale	-	-	-	-
Prévention de l'alcoolisme et de la toxicomanie	86,371	-	90,480	(4,109)
Cancer	110,688	60,000	7,486	163,202
Prévention du suicide	137,411	5,986	67,853	75,544
Services aux aînés	(5)	-	1,008	(1,013)
Santé mentale	153,089	-	29,926	123,163
Programme d'interruption volontaire de grossesse	52,657	-	-	52,657
Déficience physique et intellectuelle	272,462	-	21,309	251,153
Fournitures spécialisées - Personnes handicapées	23,121	-	-	23,121
Jeunes parents	163,733	-	143,023	20,710
Amélioration des services: déficience physique	13,585	-	-	13,585
Objectifs prioritaires: Santé mentale	43,215	-	43,605	(390)
Comité Tapiriiliniq	-	-	-	-
Mesures alternatives	126,536	-	-	126,536
Violence contre la femme	-	-	9,026	(9,026)
Violence familiale	(22,559)	169,200	144,669	1,972
Soins aux adultes invalides	(6,576)	25,744	29,889	(10,721)
Programme de nutrition	75,137	210,379	208,272	77,244
Santé mentale communautaire	8,883	739,990	661,884	86,989
Mesure d'urgence	(26,885)	677,145	570,806	79,454
Grandir ensembles	44,992	980,648	950,924	74,716
Trouble du langage à l'âge scolaire	44,530	-	24,023	20,507
Trouble du développement	18,286	-	5,389	12,897
	1,407,037	5,793,381	5,958,299	1,242,119
	2,414,743	29,343,392	29,640,992	2,117,143

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2005

1. DÉBITEURS

	2005 \$	2004 \$
a) Fonds d'administration générale		
Ministère de la santé et des services sociaux	114,637	74,538
Avances aux employés	16,077	17,438
Récupération de TPS/TVQ	224,022	299,441
Centre de santé Inuulitsivik	2,274,501	2,970,052
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava	543,778	1,104,483
Affaires indiennes et du Nord Canada	3,617	3,617
Intérêts à recevoir	-	512
Autres	423,339	351,519
	3,599,971	4,821,600
Provision pour mauvaises créances - fonds d'opération	(448,620)	(273,985)
Provision pour mauvaises créances - fonds assignés	(660,606)	(162,420)
	2,490,745	4,385,195
b) Fonds affectés		
Affaires indiennes et du Nord Canada	20,179	208,240
Santé Canada	3,329,260	1,808,621
Ministère de la santé et des services sociaux	561,086	634,510
Ministère de la santé et des services sociaux - Obligations	17,041,693	18,948,620
Corporation d'hébergement du Québec	13,067,664	6,181,864
Administration régionale Kativik	230,651	52,491
Secrétariat général du secteur de la santé et des services sociaux	-	120,000
Autres	139,335	182,204
	34,389,868	28,136,550

2. REVENU REPORTÉ

Le revenu reporté est composé comme suit:	\$
Avance du fonds d'immobilisations sans les réclamations appropriées	139,022
Ministère de la santé et des services sociaux - Kino-Québec	31,184
	170,206

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2005

3. EMPRUNTS BANCAIRES - FONDS D'IMMOBILISATIONS

Les emprunts bancaires sont utilisés pour financer temporairement les achats d'actifs à long terme jusqu'à l'encaissement des fonds de la Corporation d'hébergement du Québec. Ils consistent en treize (13) marges de crédit auprès de la Banque canadienne impériale de commerce, avec un taux d'intérêt préférentiel et viennent à échéance à différentes dates.

4. RÉSERVE POUR FORMATION

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik a créé une réserve pour la formation. Les fonds ont été mis de côté à partir des programmes Grandir ensembles et de Santé mentale communautaire, pour offrir de la formation aux travailleurs de ces programmes. En date du 31 mars 2005, le montant total de la réserve était de 103 930 \$.

L'intention est d'instaurer des cours par correspondance en collaboration avec d'autres organisations du Nunavik, cette formation menant à un diplôme collégial. Une entente avec l'Institut autochtone de formation du Québec a été conclue pour mener à terme ce programme de formation.

5. OBLIGATIONS À PAYER

	\$
Obligations émises le 1er avril 2000, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts variable et venant à maturité le 31 mars 2023. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	7,406,472
Obligations émises le 20 octobre 2000, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 6,323% et venant à maturité le 1er juin 2006. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	2,021,124
Obligations émises le 30 mars 2001, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 6,118% et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	739,116
Obligations émises le 31 mars 2001, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 6,118% et venant à maturité le 1er décembre 2015. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	1,131,228

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES AUX ÉTATS FINANCIERS
31 MARS 2005

5. OBLIGATIONS À PAYER (SUITE)

	\$
Obligations émises le 30 mars 2001, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 5,548% et venant à maturité le 1er octobre 2007. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	70,971
Obligations émises le 16 juin 2003, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 4,264% et venant à maturité le 1er décembre 2008. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	4,984,976
Obligations émises le 16 juin 2003, pour le financement des immobilisations, à un taux d'intérêts de 4,264% et venant à maturité le 1er décembre 2008. Les intérêts sont payables sur une base semi-annuelle;	687,806
Montant refinancé sans conditions ni échéances déterminées. Les conditions et échéances seront déterminées en 2005-2006.	4,294,392
	21,336,085
Moins: portion à court terme	6,849,073
	14,487,012

6. TRANSACTIONS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS

Les transactions, payables et recevables, avec le Centre de santé Inuulitsivik n'étaient pas conciliées et balancées à la fin de l'exercice. L'écart dans les débiteurs est inclus dans la provision pour mauvaises créances. Les transactions avec le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava n'ont pu être validées car la vérification de l'établissement n'était pas complétée au moment de l'émission des présents états financiers.

7. ANALYSE DES ANNÉES ANTÉRIEURES

L'analyse du rapport financier 2003-2004 par le MSSS n'était pas disponible au moment de la sortie des présents états financiers. Tout ajustement résultant de cette analyse sera reflété dans les états financiers de l'année 2005-2006.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK
NOTES COMPLÉMENTAIRES
31 MARS 2005

8. SERVICES ASSURÉS NON-ASSURÉS

La Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) n'a pas signé d'entente spécifique avec le MSSS reliée aux services aux assurés/non-assurés (SANA). Le seul document disponible est un cadre de référence daté du 12 décembre 2004.

Selon ce document, la RRSSSN détient la responsabilité directe de la gestion des SANA et de ses fonds. Pour ce faire, la RRSSSN devait élaborer, approuver et appliquer des politiques et procédures spécifiques pour l'administration du programme.

Cependant, ces politiques et procédures n'étaient pas préparées au courant de l'année financière 2004-2005. Seulement une politique concernant le transport des patients a été mise à jour et approuvée en cours d'année. Cette politique n'est suivie et appliquée qu'en partie et ne couvre pas tous les critères spécifiques des SANA. De plus, les fonds reçus par la RRSSSN pour les SANA ont été entièrement transférés aux établissements sans aucune condition ou ligne de conduite.

Étant donné l'absence de politique et de procédure, le mandat de vérification spécifique aux SANA n'a pu être conduit sur la majorité des activités et fonds reliés aux SANA.

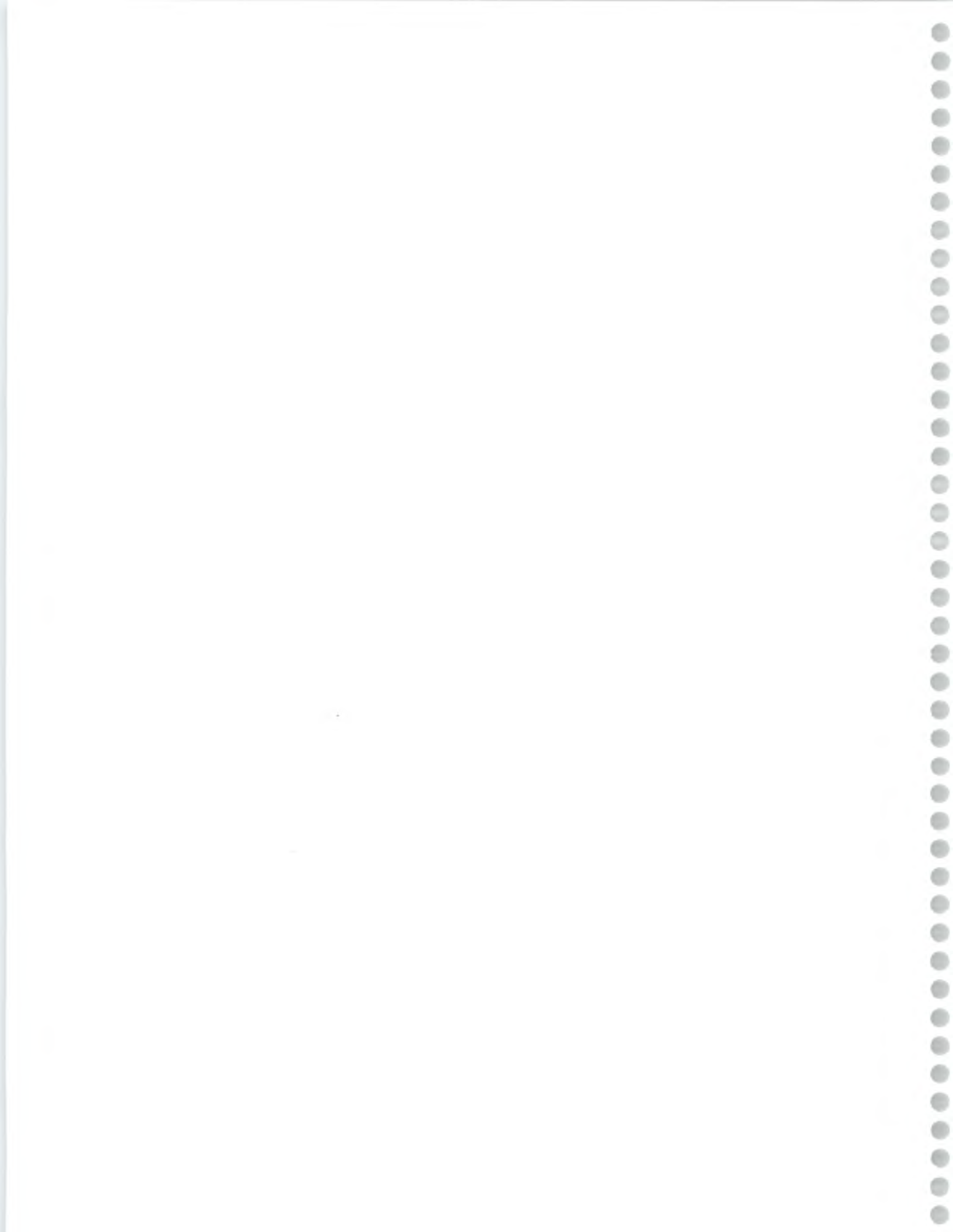
Seulement la portion du programme reliée aux lunettes, prothèses dentaires ainsi qu'aux médicaments, fournitures médicales et équipements à l'extérieur de la région a fait l'objet d'une vérification spéciale. Cette portion représente environ 3% des coûts totaux des SANA. La liste qui suit présente ce qui ressort de cette vérification :

- les politiques et procédures à ce sujet de Santé Canada sont suivies et appliquées. Un projet de politique dérivé était disponible sans qu'il n'y ait aucune preuve de son approbation par le Conseil ;
- toutes les dépenses ont pu être retracées aux noms des patients et à la liste des bénéficiaires ;
- comme l'année 2004-2005 est la première de l'application des SANA, aucune donnée historique n'était disponible. Cependant, il était clair que les lunettes et prothèses dentaires n'étaient réclamées qu'une seule fois par le même patient ;
- la dépense reliée aux médicaments à l'extérieur de la région n'était pas toujours alignée avec la liste des médicaments approuvés par Santé Canada. La liste des médicaments de la RAMQ était parfois utilisée ;
- il n'était pas évident que les médicaments génériques étaient en tout temps favorisés.

9. PROCÉDURES D'APPROVISIONNEMENT

La Régie régionale n'a pas de politiques ou de procédures d'approvisionnement approuvées et certains achats ont été effectués sans appel d'offres malgré leur coût élevé et la plupart des services achetés ne sont pas accompagnés de contrats valides.

De plus, dans la plupart des cas, la preuve d'approbation par le directeur ou le responsable de budget n'était pas disponible avec la facture du fournisseur lors du paiement de celle-ci.





Our Rationale

The well-being of the entire Nunavik population

Our Mission

*Plan, organize, apply and evaluate
programs to serve our population*

Our Objective

Improve our population's state of health

Our Values

*Autonomy, respect, participation,
appreciation of our human resources
and collaboration with our partners*

Table of Contents

The Nunavik Region	1
The Nunavik Health and Social Sector	4
Chairperson's message	9
Board of Directors	10
Executive Management	12
Message from the Executive Director.....	12
Mission.....	13
Policy Amendments.....	13
Communications.....	14
Users' Rights.....	15
Working Towards Self-Government.....	16
Planning and Programming	20
Message from the Director.....	20
Medical Services.....	21
Northern Nursing.....	24
Emergency Prehospital Services and Emergency Measures.....	25
Midwifery.....	26
Nutritionist.....	27
Youth and Family Services.....	29
Family Planning and Parenting Services.....	31
Professional Resource Development.....	34
Elderly and Persons Lacking Autonomy.....	37
Family Violence.....	41
Substance Abuse.....	43
Mental Health Services.....	44
Research, Information and Prevention on Social Issues.....	46
Youth Centres.....	48
Community Organizations funded by the MSSS.....	54
Community Programs funded by Health Canada.....	55

Public Health	60
----------------------	-----------

Message from the Director.....	60
Human Resources.....	61
Protection of Public Health.....	61
Prevention.....	64
Health Promotion.....	67
Surveillance - Information.....	72
Research and Evaluation.....	74
Website Update.....	74
Representation - Participation in Committees and Working Groups.....	74
Conclusion.....	75

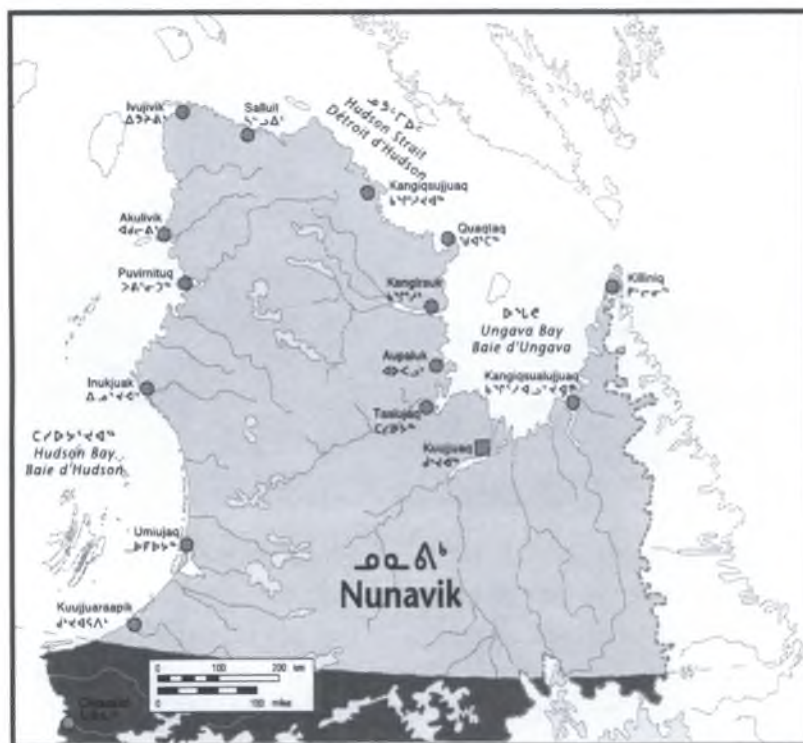
Administrative Services	76
--------------------------------	-----------

Message from the Acting Director.....	76
Administrative Services.....	77
Financial Resources.....	78
Human Resources Statistics.....	80
Technical Services and Fixed Assets.....	80
Information Systems.....	81

Annex: Summary Financial Report
--

THE NUNAVIK REGION

The Nunavik region takes up one third of Québec's total surface area, a territory of over 550 000 km², roughly the equivalent of France. This vast arctic region lies at the northern part of the province, above the 55th parallel. There are no roads leading to Nunavik; it is completely isolated from the rest of the province, as the only transportation links are by air or water.



At the south of this northern region is found the last of the boreal forest, consisting of scrawny but hardy conifers that grow clustered together to face the harshness of their arctic environment. This is what is called the taiga. Farther north, the trees disappear and give way to the tundra, where the few plants that are found in these northernmost grow close to the ground, crawling to survive.

This apparently arid land, however, is surrounded by water, Nunavik's borders being defined to the west by the Hudson Bay, to the north by the Hudson Strait and to the east by the Ungava Bay and, of course, Labrador. A number of marine

mammals—whales, seals and walruses—inhabit Nunavik's waters. The region is also crisscrossed by countless bodies of water—lakes and rivers—teeming with arctic char, salmon and various species of trout, attracting fishing enthusiasts from around the world.

The virgin spreads of Nunavik's taiga and tundra are also home to a variety of animals. It is not rare to encounter herds of caribou, flocks of ptarmigan, wolves and foxes, arctic hares and even black bears, farther south. The lucky observer might also spot the fabulous snow owl, the archaic musk ox and, of course, the majestic polar bear, sovereign of the Arctic. Several migratory birds—Canada geese, snow geese, ducks and others—also find refuge in Nunavik during the brief warm season.

Apart from its unique fauna, Nunavik is characterized by changing landscapes, each one as breathtaking as the next. Although it appears to have greater breadth on the horizontal scale, the region is also home to some high peaks, including the highest in Québec, Mount Caubvik (or Mont d'Iberville), which, at 1,646 metres, keeps watch over the Torngat Mountains, considered by the Inuit as the evil spirits' den. Located to the east



of Kangiqsualujuaq, one of Ungava's villages, this mountain range worthy of Europe's alpine pastures acts as a natural border between Nunavik and Labrador. Behind the village of Umiujaq, along the shores of the Hudson Bay, are also found the highest *cuestas* of the province. These steep cliffs that rise up to 365 metres overlook the Richmond Gulf, a triangular fjord neighboring the Clearwater Lake, Québec's second-largest natural lake, measuring 1,243 km². With its twin basins formed by a double meteorite impact, it is home to a population of freshwater seals, an exceptional phenomenon.



In terms of remarkable panoramas, Nunavik can also boast another lake formed by a meteorite impact, over one million years ago; the famous Northen Québec crater, some 100 kilometres southwest of Kangiqsujuaq, one of the communities of the Hudson Strait. The outstretched shoreline of Tasiujaq on the Ungava Bay coast is another site worthy of mention. In fact, recent measurements reveal that the tides of Leaf Basin, on the shore of which the village lies, are even higher (by 10 cm) than those of the Bay of Fundy, which until then held the record with its 16 metres.

THE NUNAVIK POPULATION

Although Nunavik is a vast region, it is sparsely populated. The roughly 10,000 permanent residents of Nunavik, 90% of whom are Inuit, share this immense land to themselves. The population is divided among 14 communities: Kuujjuaraapik, Umiujaq, Inukjuak, Puvirnituk, Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujuaq and Kangiqsualujuaq.

With the exception of Kuujuaq, these small communities are dispersed along the 2,500 kilometres of shoreline that border Nunavik, some on the east coast of the Hudson Bay, others on the coasts of the Hudson Strait and the Ungava Bay. Kuujuaq is located a little farther inland, upstream on the Koksoak River, directly at the tree line, straddling taiga and tundra. With its population of 2,000 inhabitants, it is the largest community of the region, which also makes it the administrative centre of Nunavik.



Regardless of the distance that separates them from one another, the warm-hearted Inuit, who were once nomads, like to visit each other. However, since the Nunavik communities are not linked together by roads, the inhabitants must travel by aircraft, boat or snowmobile, depending on the season, to go from one village to the next. No matter how cold it can get, this makes for warm encounters.

The Inuit of Québec, like those of Nunavut, speak Inuktitut. Since the majority of the Nunavik population is Inuit, that language remains the one most used in the region. On the other hand, due to the federal government's predominant presence in the region's previous administration, the use of English is also widespread, especially in the workplace, and this more than French, although the latter is making considerable progress.



Some Statistics

More than half of the Inuit population is under the age of 21, the birth rate being three to four times higher than that of the rest of Québec. Unfortunately, Nunavik also has the highest suicide rate in the province.

Since the cost of living is much higher in Nunavik due to transportation-related costs, it is estimated that 43% of Nunavik households live below the poverty line, compared to 17% for Québec.

Nunavik also suffers from a shortage of housing, with more than 500 families or individuals registered on a waiting list. Although the average number of persons per household is 4.72, it is not rare to see 10 to 12 persons living under the same roof. Moreover, although some dwellings have up to five or six rooms, a large number of them are smaller, which contributes to a higher number of persons per room in Nunavik (0.93) than in all of Québec (0.5).



THE NUNAVIK HEALTH AND SOCIAL SERVICES SECTOR

For the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS), Nunavik is identified as administrative health region 17. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services ensures the management and distribution of budgets destined to offer care and services to the population of the region's 14 communities.

THE NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) is an organization dedicated to improve the health and well-being of the Nunavik population.



The NRBHSS is located in Kuujuaq but also has a financial office, the Nunavik Regional Administrative Services, temporarily based in Montréal. The NRBHSS employs a total of some 60 individuals, both Inuit and non-Inuit.

Created in 1995 under Québec's *Act respecting health and social services*, the NRBHSS' primary mandate is to organize and evaluate health and social services programs in Nunavik and to ensure that users receive services of quality adapted to their needs. The NRBHSS is responsible, among other things, for allocating budgets to the region's two health centres.

The NRBHSS is overseen by a board of directors composed of representatives from each of the region's 14 communities, representatives of both health centres, a representative of the Kativik Regional Government (KRG) and the executive directors of the two health centres.

The NRBHSS' internal structure includes an Executive Management Department, a Planning and Programming Department, a Public Health Department and an Administrative Services Department.



The Health Centres

Nunavik has two health centres: the Ungava Tulattavik Health Centre, in Kuujjuaq, and the Inuulitsivik Health Centre, in Puvirnituk. The Tulattavik Health Centre is responsible for the seven communities along Ungava Bay. It has seven general practitioners, each assigned to one community that he or she visits on average once a month. The Inuulitsivik Health Centre is responsible for the seven communities of Hudson Bay, for which services are provided by a team of eight physicians, primarily based in Puvirnituk. To serve its Inuit residents as well as its Cree residents, the community of Kuujjuaraapik has a double point of service, each population having its own physician.



Inuulitsivik Health Centre



Ungava Tulattavik Health Centre

Both health centres take on several roles. They not only provide the services of a local community health centre (CLSC) and of a child and youth protection centre (CPEJ), but also those of an acute-care hospital centre (CH) and of an extended-care hospital centre (CHSLD), as well as those of a rehabilitation centre for youths with adjustment difficulties (CRJDA).

The CLSC role: The CLSCs offer primary health and social services to the population, both preventive and curative, as well as physical rehabilitation and social reintegration services. For that purpose, the health centres must ensure the users' needs are assessed and that the required services are provided. There is a CLSC point of service in each of the 14 villages.

The CPEJ role: The CPEJs offer services to youths under the *Youth Protection Act* and the *Young Offenders Act*. They also provide services for child placement and adoption. Such services are offered on the Hudson coast by the CPEJ of the Inuulitsivik Health Centre and on the Ungava coast by the Tulattavik Health Centre. Both centres must ensure that the individuals requiring such services, as well as their families, receive them.

The CRJDA role: The role of CRJDAs is to offer rehabilitation and social integration services to youths with behaviour, psychosocial or family difficulties. The health centres therefore admit youths with adjustment difficulties, through referral. On the Ungava coast, the group home offering those services is located in Kuujjuaq, and on the Hudson coast, the resource is located in Puvirnituq. There is also a rehabilitation centre in Salluit, which opened its doors in April 1999 and offers services to the entire region.

The role of an acute-care hospital centre: Beds for acute care are available at both health centres. Those centres offer diagnostic services as well as general and specialized medical care. They must ensure that the persons requiring such services, including nursing and specialized psychosocial care, receive them.

The CHSLD role: Beds for extended care are also available at both health centres. The centres offer substitute living environments, both temporary and permanent, as well as residential, assistance and support services for adults who, due to their loss of functional autonomy, can no longer remain in their natural living environment.

Aside from the services mentioned above, the Inuulitsivik Health Centre is also responsible for a reintegration centre in Inukjuak, which opened its doors in 2000 and offers services to individuals with major psychiatric problems. Patient services in Montréal are also managed by the Inuulitsivik Health Centre. That branch assumes responsibility for Inuit patients transferred to Montréal for care not available in the region. This translated into roughly 1500 persons per year, 20% of whom require emergency services. Note that the majority of them are referred to the McGill University Health Centre.

Its counterpart, the Ungava Tulattavik Health Centre, also offers professional services to clients of the Tusaajiapik Elders Residence, located in Kuujjuaq, and is responsible for coordinating its day centre's activities.

Community Organizations Subsidized under Provincial Programs

The region also has several community organizations that work in partnership with the NRBHSS to provide services for various client groups such as women, youths and substance abusers.

The subsidized community organizations that offer services in Nunavik receive financial support under the MSSS support program for community organizations. They may be classified under three activity sectors:



- promotion and community services;
- services for women and men in difficulty;
- services for youths.

Community Projects Subsidized under Federal Programs

The NRBHSS also manages five federal programs subsidized by Health Canada:

- Brighter Futures;
- a mental health program;
- the Canada Prenatal Nutrition Program;
- a program against family violence;
- a program for home and community care.

These programs have enabled the creation in the villages of some 50 projects for improving the population's well-being.

THE CHALLENGES OF NORTHERN REALITY

The Nunavik health and social services sector is still in full growth. Much remains to be done to set up the infrastructures necessary to the well-being of Nunavik users. Human, physical and financial resources are continually deployed to ensure adequate provision of services.

The NRBHSS therefore has an enormous task to perform. Its management, based on the population's needs in health care and social services, is based on the optimization of the resources at its disposal. Faced with a context far removed from the reality of the rest of the province, the interveners and professionals of the Nunavik health and social services sector are also confronted with numerous challenges, some at the cultural level, and others at the social and financial levels.

Remote Geography

Because of its northern location, the Nunavik health and social services sector must deal with enormous transportation costs, the only means of transportation linking the region with the tertiary centres, more than 1000 kilometres to the south of the province, being by way of air or water. The increase in the price of fuel also contributes to raising the already elevated cost of transportation between the North and the South. Added to the cost of medication as well as medical equipment and supplies, these make for much higher health care costs compared to those of the rest of the province. The Nunavik hospital centres not being able to count on the permanent presence of specialists in the region, patients requiring more specific care must therefore be transferred to the South by plane. The northern reality also implies numerous medical evacuations by air ambulance, when emergencies arise, not to mention specialists visits to the North from time to time. Such a high number of transfers by plane, which seldom arises, if not at all, in other regions of Québec, contributes to increasing transportation-related costs.



In an effort to limit transportation expenses, the NRBHSS must innovate to find ways of obtaining services while avoiding unnecessary travel. Telemedicine, by which medical consultation is possible through videoconference, is a good example of that.

Because of Nunavik's geographic location, which isolates it from the rest of the province, the NRBHSS and the region's two health centres must also offer isolation premiums and other fringe benefits to their personnel, which must often be hired outside of the region. This contributes to a substantial increase in payroll overheads.

Housing Shortage

Nunavik is presently experiencing a housing shortage. The lack of housing and the large numbers of persons obliged to share the available dwellings definitely contribute to the occurrence of certain social ills such as family violence and the high youth suicide rate, which the NRBHSS and the health centres must deal with. With a population experiencing constant growth, the birth rate being close to 30% on average each year, this housing crisis is now becoming a reality that we will have to face for many years to come.

Due to the housing shortage, employers who wish to fill positions are required to provide housing for their personnel, who otherwise would have difficulty finding their own, as the waiting lists in all 14 municipalities are very long. The NRBHSS and both health centres of the region, just like the greater majority of Nunavik employers, must therefore build housing units to avoid having positions remain unoccupied for long periods.

Financial resources being limited, the Nunavik health and social services sector presently has insufficient housing to respond to its need in human resources. Thus, the NRBHSS, which head office is in Kuujuaq, has not yet been successful in filling all of its positions as it only has 32 housing units to accommodate the 40 employees or so that it has to hire from outside the community. The same is true for the health centres, which, in total, have more than 500 positions, close to half of which are often occupied by personnel hired from the South.

Communications in Inuktitut

Since the primary language of Nunavik inhabitants, most of whom are Inuit, is Inuktitut, the NRBHSS must translate the majority of the documents coming from the MSSS or Health Canada, especially those directly addressed to the population, such as posters promoting health and well-being or the prevention of disease and certain social problems. Likewise, the health centres require the daily services of interpreters to ensure adequate comprehension between the personnel and the patients they treat. All this obviously results in additional costs, which contribute to raising the expenses related to the distribution of health and social services.



CHAIRPERSON'S MESSAGE

Alasie Arngak



As in previous years, our organization has worked on many major issues during the 2004-2005 fiscal year. In collaboration with both health centres, a lot of our energy has been put towards the completion of a strategic plan, which is to be presented to the MSSS in the near future. Without a doubt, the implementation of this strategic plan will benefit our population.

In September 2004, our region was invited to present a report entitled *Status Report on the Nunavik Health and Social Services Network for the Parliamentary Committee on Social Affairs 2004*, by videoconference. A first in the political history of Quebec!

As in the past, we continued to work on an important issue for our region; that of midwifery. As we know, midwifery is a sector of activity that is quite developed in the Hudson Bay region, and we are working towards its development in the Ungava region as well. These courageous women deserve to be recognized for their work and involvement in the health network. Therefore, on behalf of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services, I would like to express our appreciation for their commitment and excellent work. Many young lives have been touched by their presence and we hope to see even more babies delivered by our midwives.

The training of young Inuit for work in the youth centres network throughout Nunavik, which started last year, has now been successfully completed. I am proud to say that our youth now have access to youth centres with qualified staff. I encourage this newly trained staff to pursue their good work with our youth.

I would like to thank our previous Chairman Peter Papialuk for his involvement. Without his assistance, much would not have been accomplished.

I would also like to thank all of the region's organizations for their support, as well as the NRBHSS' directors and employees for their dedication and hard work during this busy year.

Finally, I would like to acknowledge Jeannie May's contribution and dedication. As Executive Director, she has done a great job at the NRBHSS while facing many challenges.



BOARD OF DIRECTORS

It is with great regret that we have to report the loss of two active members of our board of directors: Aloupa Eetook, representative for Kangirsuk since 1999, passed away in November 2004, and Lucassie Qinuajuak, representative for Akulivik since 2001, passed away in February 2005.

During the 2004-2005 fiscal year, new appointments were made to the board of directors, resulting in the following changes:

- David Pinguapik was appointed representative for Kangirsuk on January 17, 2005, replacing Aloupa Eetook who was representative since November 5, 1999.
- Charlie Kumarluk, representative for Umiujaq since November 24, 2003, resigned from his position on March 18, 2005. This position was still vacant as of March 31, 2005.
- Christina Annahatak was appointed representative for Tasiujaq on November 2, 2004, replacing Johnny Mosesiapik who was representative since November 11, 2003.
- Eva Weetaluktuk was appointed representative for Inukjuak on August 4, 2004, replacing Sarollie Weetaluktuk who was representative since November 10, 2003.

During the session on December 7, 2004, the members of the board of directors elected from among their ranks the following members to the executive committee:

- Alasie Arngak, Kangiqsujaq representative as Chairperson;
- Eli Weetaluktuk, Inuulitsivik Executive Director as Vice-Chairman;
- Jeannie May, NRBHSS Executive Director as secretary;
- Madge Pomerleau, Tulattavik Executive Director as member;
- Martha Angutigirk, Salluit representative as member.



The executive committee (from left to right): Jeannie May, Alasie Arngak, Madge Pomerleau and Martha Angutigirk.
(Note: Eli Weetaluktuk is mission on the photo.)

Composition of the Board of Directors as of March 31, 2005

1. Argnak, Alasie	Chairperson, Kangiqsujuag representative
2. Weetaluktuk, Eli	Vice-Chairman, Inuulitsivik Executive Director
3. May, Jeannie	Secretary, NRBHSS Executive Director
4. Pomerleau, Madge	Executive committee member, Tulattavik Executive Director
5. Angutirgirk, Martha	Executive committee member, Salluit representative
6. Ainalik, Adami	Ivujivik representative
7. Annahatak, Christina	Tasiujaq representative
8. Annahatak, Jaasi	Ungava Tulattavik board of directors representative
9. Cain, Sarah	Aupaluk representative
10. Ezekiel, Padlayat	KRG representative
11. Greig, Martha	Kuujjuag representative
12. Karpik, Dallasie	Kangiqsualujjuag representative
13. Kenuajuak, Aisara	Puvimittuq representative
14. Matte, Peter	Akulivik representative
15. Niviaxie, Lizzie	Kuujjuaraapik representative
16. Oovaut, Johnny A., Sr.	Quaqtaq representative
17. Papialuk, Peter	Inuulitsivik board of directors representative
18. Pinguapik, David	Kangirsuk representative
19. Weetaluktuk, Eva	Inukjuak representative
20. Vacant	Umiujaq representative



The members of the board of directors attended six regular sessions, as well as the Annual General Meeting, adopting a total of 83 resolutions. The executive committee held eight meetings.



EXECUTIVE MANAGEMENT

MESSAGE FROM THE EXECUTIVE DIRECTOR

Jeannie May



I began my mandate as Executive Director of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services on September 6, 2004. During these past few months, I have faced many exciting challenges, on which I have worked with great enthusiasm, at the regional, provincial and national levels.

During this relatively short period of time, I have worked hard to evaluate our services as well as our organizational structure through strategic planning. Through this strategic planning, we have had the opportunity to start repatriating to Nunavik positions that were based in Montreal. The NRBHSS board of directors and I feel that it is important to be located in Nunavik, as we are working for the people of this region.

As an Inuk born and raised in Nunavik, and with the support of the board of directors, I feel that I have the experience and knowledge necessary to identify the priorities for the region. I strongly believe that, in this time of change and adaptation, it is our responsibility to ensure that the Nunavik population receives everything it needs in terms of health and social services.

Over only a few decades, the people of Nunavik have been faced with many challenges. Not only did they have to adapt to a non-Inuit way of life, but they suffered a loss of identity because of this imposed "new" lifestyle, having to learn to work in structures created by non-Inuit. The impact this has had on our people is dramatic: Inuit in Nunavik have one of the highest suicide rates in Quebec; alcohol and drug abuse is rampant; and many forms of violence plague our population.

As a health organization, our task is great, as these are important issues that must be addressed. However, I am optimistic that our people will rise up and move forward into a better future. It is by giving ourselves the means to heal, reconcile with the past and regain our identity as Inuit, that this can be achieved.

Finally, I would like to take this opportunity to thank the members of the NRBHSS board of directors, as well as the organization's directors and staff, with whom I have been working and will continue to work closely to ensure that our region benefits from the services that are offered by the NRBHSS and its partners.



MISSION

The Executive Management Department's role is to ensure the administration of all of the Nunavik regional board of health and social services' activities and that its mission is carried out. It executes the decision of the board of directors and provides the latter with the information necessary to such decisions.

Its responsibilities are:

- to define the mission of the NRBHSS;
- to ensure that each department and each organization under the NRBHSS' authority fulfills its role;
- to ensure the protection of the users and promote their participation in the health and social services network;
- to support the Nunavik health and social services network's institutions and partners in adapting the services to the needs of the 14 communities;
- to see to the respect of *Access to Information Act*;
- to ensure that the services offered throughout Nunavik are available in all three languages in use in the region: Inuktitut, French and English.

POLICY AMENDMENTS

The objectives of all policies adopted by the Nunavik Regional Board of Health and Social Services are to facilitate sound management of human resources with respect to its mission. By establishing guidelines taking regional disparities into account and specifying the procedures to follow, the NRBHSS ensures that its employees can enjoy the benefits covered by these policies.

The following policies were amended during the 2004-2005 fiscal year:

- *Housing Policy*
- *Regional Policy for Users Transportation for all Institutions in Region 17 (Nunavik)*
- *Policy for Preparing and Presenting Documents for the Board of Directors and Executive Management of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services*



COMMUNICATIONS

Through its information officer, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services publishes a quarterly newsletter entitled *Tusarsimaviit?* to keep the population of Nunavik, as well as the NRBHSS' partners in the provincial health and social services network, informed on the various activities it coordinates jointly with its local partners.

The information officer is also responsible for producing the NRBHSS' annual report, such as this one, at the end of each fiscal year.

The information officer works in close collaboration with a team of communications specialists to ensure that all documents produced and published by the NRBHSS are translated in the three languages used in the region: Inuktitut, French and English.

▽ ai	◁ a	Δ i	▷ u	• x 2
∇ pai	< pa	Λ pi	> pu	◁ p
U tai	C ta	∩ ti	∪ tu	◁ t
9 kai	6 ka	P ki	d ku	6 k
7 gai	l ga	Γ gui	J gu	6 g
7 mai	L ma	Γ mi	J mu	6 m
~ nai	~ na	~ ni	~ nu	~ n
4 sai	4 sa	4 si	4 su	4 s
~ lai	~ la	~ li	~ lu	~ l
4 jai	4 ja	4 ji	4 ju	4 j
∇ vai	◁ va	Δ vi	▷ vu	◁ v
~ rai	4 ra	~ ri	P ru	4 r
9 qai	6 qa	P qi	d qu	6 q
7 ngai	6 nga	7 ngi	7 ngu	6 ng



USERS' RIGHTS

One of the goals of the Nunavik Regional Board of Health and Social Services is to ensure respect for the users' rights. For that purpose, it applies the complaint-review system provided for by law and implemented in both health centres of Nunavik —the Ungava Tulattavik Health Centre and the Inuulitsivik Health Centre. At each of these institutions, one person is designated to receive and examine complaints relative to services. It is this person's responsibility to provide assistance to users in formulating a complaint or in any other step relative to complaint review.

SUMMARY OF THE 2004-2005 COMPLAINTS REPORT AT THE UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTRE

In 2004-2005, the Ungava Tulattavik Health Centre received twelve (12) complaints. Eight were processed and three are still pending. Another one was transmitted to the Inuulitsivik Health Centre.

Ungava Tulattavik Health Centre 2004-2005 Complaints Report Summary April 1, 2004 to March 31, 2005

Complaint No.	Nature of complaint	Community	Department	Status
90	Attitude and misunderstanding	Kangirsuk	Community Services and Rehabilitation	Processed
91	Misunderstanding	Kuujuuaq	Youth Protection	Processed
92	Organization of services	Quaqtaq	Community Services and Rehabilitation	Pending
93	Attitude	Kuujuuaq	Community Services and Rehabilitation	Processed
94	Attitude	Kuujuuaq	Professional Services	Processed
95	Misunderstanding	Kuujuuaq	Professional Services	Pending
96	Communication	Kuujuuaq	Professional Services	Pending
97	Communication	Kangirsuk	Professional Services	Processed
98	Confidentiality	Kuujuuaq	Professional Services	Processed
99	Organization of services	Kangiqsujuag	Inuulitsivik - Liaison Services	Transferred to Inuulitsivik
100	Organization of services	Kuujuuaq	Community Services and Rehabilitation & Nursing Hospital Services	Processed
101	Organization of services	Quaqtaq	Community Services and Rehabilitation & Professional Services	Pending

SUMMARY OF THE 2004-2005 COMPLAINTS REPORT AT THE INUULITSIVIK HEALTH CENTRE

The Inuulitsivik Health Centre does not have any complaints to report for 2004-2005.



WORKING TOWARDS SELF-GOVERNMENT

BACKGROUND

The signature of the *James Bay and Northern Quebec Agreement (JBNQA)* with the provincial and federal governments, on November 11 of 1975, marked the first step for the Inuit of Nunavik towards self-governance. Granting Inuit with special rights over certain categories of land, the *JBNQA* also made possible the creation of public institutions such as the Kativik Regional Government (KRG), enabling the Inuit to administer their own municipalities; the Kativik School Board (KSB), enabling the Inuit to see to their people's education; and a regional board to dispense health and social services in Nunavik.

To pursue the mandate of the Northern Quebec Inuit Association (NQIA), which was created in 1971 with the intention of setting up a government specific to the region and which we can thank for the *JBNQA*, Makivik Corporation was created in 1978 to ensure that this agreement would be respected and that the autonomous government intended for in some of its clauses would be implemented. Ever since then, Makivik, together with the regional organizations, has worked to achieve this goal.

Many years later, at the end of 1999, a political accord was finally signed between Nunavik and the provincial and federal governments, granting Inuit the means to start negotiating their own government. A commission was hence created to make recommendations on the form of government that would be most suitable for the region, its implementation and operation. Thus, in the fall of 2000, as the *JBNQA* celebrated its 25th anniversary, this Nunavik Commission started writing up a report that would include these recommendations. The report, entitled *Let us share*, was finally tabled in the spring of 2001, recommending the creation of an autonomous form of government and a Nunavik assembly. This document would then serve as the basis for the negotiations with Québec and Ottawa towards self-government for Nunavik.

Following public hearings held in Nunavik, as well as a conference of Inuit leaders from each of the region's communities, it was decided that it was time to get round the negotiating table. Negotiators were hence appointed to represent the Nunavik party, while Quebec and Ottawa appointed their respective negotiators.



RECENT NEGOTIATIONS

Since the beginning of these recent negotiations on self-government, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) has always supported, through its various resolutions, the efforts of Makivik Corporation in this regard.

In the summer of 2002, work finally began on a draft of what would become the Framework Agreement, a document necessary to get the official negotiations process underway. Shortly thereafter, it was decided that a technical advisory committee, made up of representatives from each of the regional organizations, should be established to assist the Makivik negotiators representing the Nunavik party in the completion of this important document. In October 2002, the NRBHSS' board of directors hence adopted a resolution (# 2002-27) to appoint its two representatives: Johnny Naktialuk (the NRBHSS Chairman at the time) and Jean-Guy Létourneau. At the present time, the representatives are Eli Weetaluktuk and Jean-Guy Létourneau.

A meeting of the Technical Advisory Committee in Kangirsuk, in the winter of 2003, led to a decision whereby elected leaders should act as a policy committee and also meet on a regular basis to assist the Nunavik party negotiators and provide them with guidance. This Policy Committee now consists of the chairpersons and presidents of all public institutions in Nunavik —the KRG, the KSB and the NRBHSS— as well as Makivik.



Kangirsuk

In May 2003, the NRBHSS adopted another resolution (# 2003-27) to support Makivik in representing, during the negotiations with the provincial and federal governments, the regional bodies —the KRG, the KSB and the NRBHSS— to be amalgamated under one unified body. This resolution also approved the proposed draft of the Framework Agreement, through which this unified body would now be named *Nunavimmiut Aquuvvinga* (i.e. the government of Nunavik), and its assembly *Uqarvimarik* (i.e. the legislative assembly of elected representatives). Nevertheless, these names will have to be approved by the future government body.

A couple of months later, after many modifications to its original text, the Framework Agreement was finally approved. On July 14, 2003, the Framework Agreement was signed by the three parties —Nunavik, Quebec and Canada.

For a certain period of time, the KSB was not in agreement with the negotiation process for the implementation of an eventual self-government in Nunavik. The KSB refused to be part of the Technical Advisory Committee or the actual negotiations, and even brought Makivik to court for having started negotiations without its approval, requesting a permanent injunction for the negotiations to be stopped. When the Framework Agreement was signed, the KSB also tried to get an interlocutory injunction to prevent it, but it was declined by the courts. The court case for a permanent injunction was also eventually dropped. Throughout this time, Makivik Corporation had to hire lawyers to represent the other regional organizations involved —the KRG and the NRBHSS. To represent the NRBHSS alone, it cost Makivik close to \$95,000.

The KSB eventually decided to join the Technical Advisory Committee, to finally take an active part in the negotiations. The next step towards self-government for Nunavik could then be taken. The Framework Agreement already outlining the official process of the negotiations to take place, it was now time to draft another document, one that would settle on what this future government would be composed of: number of elected individuals; number of departments; its powers; its responsibilities; its limitations, etc. That document would be called the Agreement-in-Principle.

While the three parties —Nunavik, Quebec and Ottawa— headed back to the negotiating table, a group of six individuals was created to begin investigating what this new body would require in terms of human, financial and material resources, implementation costs, recurrent budget and any other aspects of the amalgamation to take place.

Coordinated by Makivik, the members of this Group of Six are two representatives from the KRG, two from the KSB and two from the NRBHSS. Through Resolution number 2005-06, adopted on January 7, 2005, the NRBHSS' board of directors appointed its two representatives —Silas Watt and Jean-Guy Létourneau— to be part of this Group of Six.



The Group of Six then met two times: the first time with Makivik negotiators, the provincial negotiator and federal representatives; the second time with a Makivik negotiators' representative, the provincial negotiator and representatives from the KRG, the NRBHSS and the KSB, including, for the first time, KSB's Human Resource, Finance and Materials directors. During those meetings, the members of the Group of Six presented their respective current organizational chart.

It was decided that each of these public institutions to be amalgamated into one body would keep their respective characteristics to make sure that each of their missions would be respected. The real amalgamation would thus mainly take place among their board of directors, which would become the *Uqarvimarik*, the assembly of this new and unique body. The executive managers/directors and their staff would become the *Secretariat General* of this new government, while its central administration and finance service would include all of the finance, human resources, communications, purchasing, travel, housing, translation and maintenance services of these institutions.

The Group of Six now has to present a document with estimated costs for operation and capital to the three parties' negotiators. That document is to be attached to the Agreement-in-Principle, but will not be binding it.

In the meantime, two representatives of the NRBHSS employees were elected, one by its professionals and one by its administrative technicians. These two representatives joined the KRG and the KSB unions' representatives to discuss the working conditions —benefits, positions, etc.— of the future government's employees, but mainly the possibility of harmonizing them as much as possible while respecting the particularities of each group and the services that they provide for the population.

In the spring of 2005, a text for the Agreement-in-Principle was agreed upon by the negotiators of the three parties —Makivik, the provincial and federal governments. This text was submitted during the last Makivik AGM, in Akulivik, and was approved by its assembly. It was also agreed that a population-wide referendum should be held to let *Nunavimmiut* decide whether or not they accept this proposed implementation of what would become their government.

The negotiators should table this proposed Agreement-in-Principle sometime in the fall of 2005, for approval by the provincial and federal cabinets. A referendum will follow shortly thereafter in Nunavik, for approval by *Nunavimmiut*.

After that approval, the next step will be to write up what will be called the Final Agreement. In the meantime, negotiations are proceeding, with the Group of Six working for the best possible amalgamation.



PLANNING AND PROGRAMMING

MESSAGE FROM THE DIRECTOR

Roselyne Ferguson



The 2004-2005 fiscal year has been busy on many fronts. On the personnel front, Normand Tremblay, Daniel Michaud and Susie Gordon took a leave of absence; Mireille Bilodeau returned from her leave; Elizabeth Klimczak was hired to assume the Persons Lacking Autonomy file and Danielle Richard to replace Mr. Michaud.

Each agent has presented the work accomplished during the year 2004-2005 in this annual report; you are invited to consult it for more details. Questions may be addressed at the annual general meeting in October 2005 or you may call the NRBHSS.

To this day, personnel recruitment, both locally and outside of the region, remains a challenge. Nurses' premiums and physicians' contracts act as incentives in attracting health professionals to the North but do not guarantee permanence. And in the field of social services, we cannot afford to offer incentives to attract staff to our remote region, which is why we experience difficulties in filling a variety of positions such as social aides, social workers, psycho-educators, psychologists, etc.

In terms of new services developed, we were fortunate to receive monies from Health Canada to implement teleradiology. A few difficulties will have to be ironed out, but, with the collaboration of both health centres, we should be able to have a state-of-the-art system in operation by the end of 2005.

We also worked on producing the telehealth and the informational-resources master plans. We expect to deposit both reports to the MSSS, after approval by the board of directors. We wish to acknowledge the contribution of professionals from the McGill Health Centre, the Montreal Children's Hospital, the Ungava Tulattavik Health Centre, the Inuulitsivik Health Centre and the Administrative Services of the NRBHSS in the realization of these master plans; without whose hard work and dedication it would not have happened.

Since September 2003, we have been active participants in the development of strategic planning. This process is taking longer than expected. However, we are still committed and working hard at defining the situation of health and social services in Nunavik. The ultimate goal is to improve the health of the population of Nunavik through development of appropriate services both at a human and capital level.

Finally, I would like to take this opportunity to extend sincere thanks to the Planning and Programming personnel and of both health centres for their relentless work and dedication. I can assure Nunavimmiut that the Planning and Programming team constantly strives to improve on its accomplishments, as we remain dedicated to our mission, that is to plan, organize, apply and evaluate programs that best serve the population of Nunavik.



MEDICAL SERVICES

MEDICAL MANPOWER

Several members of the Ungava Tulattavik Health Centre's team departed, leaving the centre with only one physician and several temporary replacements. Fortunately, during the year, three new physicians were hired. For its part, the Inuulitsivik Health Centre was able to count on a complete team, with three full-time and ten half-time general practitioners.

During 2004-2005, five physicians left the region and only two arrived to establish themselves. We paid \$292,326 in installation and retention premiums to a total of 19 physicians.

PRACTICAL TRAINING FOR FUTURE PHYSICIANS IN THE REGION

The various sessions that future physicians can perform in the region during their training have always been considered as the best means to recruit physicians. For that purpose, various activities were organized during the year to reach out to medical students and promote the region, such as career days, lunch conferences, publications and other advertising, for a total of \$105,592.

The results met our expectations. At a cost of \$67,988, 12 students were able to perform summer sessions in Nunavik. Ten externs and 15 residents also chose Nunavik for their family-medicine session, for an amount of \$83,103.

PATRIATION OF SPECIALIZED MEDICAL SERVICES

The Inuulitsivik Health Centre organized 59 specialist visits compared to 56 the previous year and performed 297 surgical procedures compared to 281 the previous year; those procedures were primarily for dental surgery, plastic surgery, ENT (tonsillectomy, myringotomy and tympanoplasty), gynecology and orthopedics.

At the Ungava Tulattavik Health Centre, 16 visits were organized involving 28 specialists in four paramedical sectors. Surgery sessions were also arranged.

SERVICE AGREEMENTS WITH MONTRÉAL INSTITUTIONS

The service agreement with the CHUM for a two-year pilot project for adult psychiatric services ended in October 2003. The project's final evaluation report was presented in January 2004. However, the new agreement negotiated between the various partners could not be signed because of a dispute concerning payment for the two beds reserved for the Nunavik clientele.



A similar agreement for child psychiatric services with the McGill University Health Centre (Montréal Children's Hospital) and the Montréal Development Agency is still under discussion and could not be finalized.

Those two agreements include plans to set up collaborative mechanisms between those two university centres to optimize their professionals' contribution and expertise for the benefit of the Nunavik clientele.

Due to a restructuring of services in the Montréal region, discussions on the agreement with the Institut Philippe Pinel of Montréal, concerning services for clientele subject to judicial control and for individuals with problems of dangerousness, did not progress.

For its part, the McGill integrated university health network, which includes representatives of the Outaouais, Abitibi, Montérégie, James Bay, Cree nation and Nunavik regions, as well as Montréal members associated with McGill, began its activities and heard the demands of various representatives from those territories.



LABORATORY REORGANIZATION

Computerization of the laboratories, including the points of service, was completed on the territory covered by the Inuulitsivik Health Centre. What remains is the software upgrade, which needs to be done in order to eliminate the problems observed during the few months of use.

In the Ungava side, the laboratory was set up in its new premises, permitting the work at computerization, which was completed in all the villages.

The questions of computerizing archives and developing a patient index are part of the information-resources master plan, which includes the deployment of the electronic health record.

NON-INSURED MEDICAL BENEFITS

A management agreement was negotiated with the ministry concerning expenses eligible for financing in this sector, for a total of \$16,700,000. The agreement defines the target populations, the procedures for access to benefits, the categories of non-insured benefits and the inadmissible non-insured health benefits, as well as an appeal procedure.

The list of admissible benefits corresponds to that of Health Canada. Certain benefits specific to the Nunavik region were added, although in very limited numbers. Transportation for patients and their escorts is on the list, as is lodging for patients and their escorts in transit in the villages as well as in Montréal. Social services are not included.



TELEHEALTH

The ministry has decided to develop telehealth services in the various regions of Québec. That deployment will be done through the integrated university health networks and will involve the creation of a telehealth committee.

Our region prepared a telehealth master plan concurrently with the information-resources master plan. The question of limited bandwidth remains the major obstacle to the deployment of an efficient regional network.

Further, the financial application for \$800,000 to equip the two regional health centres with instruments for teleradiology and film archiving (PACS) was accepted by the federal agency, and the contribution agreement was signed. A consultant was hired and a committee consisting of the various partners was set up to identify the various elements necessary to the installation of the equipment. We also considered installing equipment in Salluit and Inukjuak, but the budget did not permit doing so.

This system's functioning entails collaboration with the McGill University Health Centre, with which the northern health centres must create interfaces.

QUÉBEC ANTI-CANCER PROGRAM



The region began deployment of the plan of action presented to the ministry at the end of 2004. The Tulattavik Health Centre hired a pivot nurse to coordinate chemotherapy and palliative care. With the McGill University Health Centre's (MUHC) oncology department demonstrating interest in supporting the development of these services in the North, an MUHC representative visited Nunavik to meet the interveners and become familiar with the region.

The first breast-cancer screening campaign was held in all the Nunavik villages at the occasion of the health survey conducted from the end of August to the beginning of October 2004. Three hundred forty-three mammographies were performed, 311 of which were under the program for women aged 50 to 69 years, for a participation rate of 71%. Seventeen mammographies, or 5%, turned out abnormal, and two cancer cases were detected.



NORTHERN NURSING

NURSING SERVICES

During 2004-2005, the need for nursing manpower for the Nunavik region remained at the heart of the preoccupations. The main focal point of nursing services was the startup of the project for developmental training in nursing for Nunavik nurses; a three-year project.

HIRING

Two hiring sessions were held in 2004-2005. Forty-six candidates were thus added to the regional pool. The Inuulitsivik Health Centre made use of the services of private agencies for an equivalent of one full-time salary during the year.

According to the region's nursing management teams, the effects of the nurse shortage are still being felt even though we noted an increase in the number of applications over the past two years. The interest demonstrated by the new arrivals is short lived, as they are lured away by better employment perspectives in urban regions or on the international scene.

For the third time, nursing sessions were organized at the Inuulitsivik Health Centre; a group of five graduates from the Cégep de Trois-Rivières performed their three-week integration sessions in Puvirnituq. For the second time, the Ungava Tulattavik Health Centre received two university interns, who performed a six-week community-health session in a point of service (CLSC).

NURSE TRAINING

In 2004, the program for training upon hiring and ongoing training was set up. The program was developed to ensure nurses are prepared for their daily tasks. The agency Solutions Nursing LFC of Montréal was selected to apply this program.

During the year, 43 nurses received the training —20 from the Ungava Tulattavik Health Centre and 23 from the Inuulitsivik Health Centre— for a total of nine sessions. The training had a positive effect and was very appreciated by the personnel. We can proudly announce that 40 of the 43 participants remain within the Nunavik health network.

NEW TASKS

In a perspective of personnel cutbacks and respect for the establishments' autonomy, the NRBHSS withdrew from the portfolio of nurse hiring for the region. The establishments will now assume responsibility for hiring their nurses. The new tasks of the northern nursing advisor will be to ensure continuity in the nurse-training portfolio and development of the women's health portfolio. Additional tasks include support for the creation and proper functioning of nurse committees as well as the realization of research projects.



EMERGENCY PREHOSPITAL SERVICES AND EMERGENCY MEASURES

EMERGENCY PREHOSPITAL SERVICES

During 2004-2005, in spite of the inconveniences caused by the *ministère de la Santé et des Services sociaux's* (MSSS) late budget approval and the departure of the coordinator of this portfolio in October 2004, we were able to complete the implementation of emergency prehospital services in Kangiqsujuaq and Inukjuak. Partnership agreements between those municipalities and the Nunavik Regional Board of Health and Social Services had been previously signed. A specific training of 64 hours was given to the Inuit first responders to ensure they are able to provide emergency prehospital services adapted to those two communities.

The services are now set up in a total of four communities. The populations of those communities appreciate the new service and are feeling increasingly secure and better equipped to face major incidents requiring immediate action. We will continue our efforts to broaden these services to cover the entire territory of Nunavik.

The four-part agreement between the communities of Kuujjuaraapik and Whapmagoostui and the two regional health organizations, one Inuit, the other Cree, has not yet been signed. The objective remains to ensure the project's sustainability.

As of March 31, 2005, we were still awaiting news from the MSSS concerning the financial application to pursue implementation of these services in Akulivik and Kangirsuk.

To facilitate the implementation of a project of such scope, we must deal with a reality that limits us to organizing the delivery of materials to the communities during a brief period, that is, from July to October. The misconception and ignorance of this factor among many individuals involved, the various limits to negotiations with our partners and the silence of some of our contacts systematically contribute to making the realization of our project excessively laborious year after year.

REGIONAL EMERGENCY-MEASURES PLAN

We have prepared our regional emergency-measures plan, which will shortly be submitted to the NRBHSS board of directors for approval. The two establishments' local plans will be added to this plan.

Thus, we ensure emergency services 24 hours per day, seven days per week, throughout the regional health and social service sector.



MIDWIFERY

Throughout the year, discussions were held at the provincial level concerning the *Midwifery Act*. Negotiations continue for the recognition of the training received by Inuit midwives. In spite of sustained efforts, to date we have not yet received an official statement concerning repeal of Section 12 of the act and recognition of the specific training provided in Nunavik.

On the Hudson coast, the Salluit maternity ward is now functional, which completes the service plan presented by the Inuulitsivik Health Centre. In Inukjuak, training continued for Inuit midwives so that maternity services can also be offered in that community.

The NRBHSS has also looked into setting up such maternity services on the Ungava Coast, where a midwifery program has long been awaited by the population. Giving birth with the support of midwives is something that is more closely connected to Inuit culture and ways, as Inuit women traditionally had their babies among themselves. Hence, midwifery is, in a way, a means of preserving Inuit tradition.

With a limited number of physicians at its disposal, the Ungava Tulattavik Health Centre is often faced with the necessity of transferring women outside of the region for delivery. The midwifery service could hence also be an excellent alternative for women who prefer giving birth close to home.

Pursuant to an application to the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) for the implementation of this project, we received a subsidy of \$485,000 for hiring midwives and setting up a maternity ward in Kuujuaq. The MSSS also granted two housing units for that purpose.

Unfortunately, we have not yet been able to start the project. We are still faced with a number of challenges, which need to be overcome before the project can become a reality. Efforts are therefore continuing to see such services set up at the Ungava Tulattavik Health Centre, hopefully in the near future.



NUTRITIONIST

The role of the nutritionist at the Nunavik Regional Board of Health and Social Services is to support the health centres in assuming their mandates and to collaborate with the regional government and local communities in carrying out nutrition-related projects.

Over the past year, we have been involved in a wide variety of nutrition-related projects and activities. Many culturally specific nutrition tools have been developed and much effort has gone into the promotion and awareness of healthy eating habits in Nunavik.

The following are some of the important steps that we have taken in furthering nutritional knowledge in the region:



- a triennial action plan for 2004-2007 was developed;
- we continued as active member of the Nunavik Nutrition and Health Committee;
- we continued as active member of the Regional Diabetes Committee;
- the "Healthy Living Tour Project" is at the implementation stage;
- *Nutrition at your Fingertips* CD compilations of nutrition handouts were developed and distributed to each of the 14 CLSCs;
- the *Hooked on Nutrition* newsletter is in the revision stage by focus groups;
- the *Healthy Eating Shopping Guide* leaflet was developed and distributed through the KRG Food Coupon Program;

- the *Nutrition Support Manual for Health Centres* was developed and distributed to the Ungava Tulattavik Health Centre and we are awaiting participation from the Inuulitsivik Health Centre as well;
- the "Anemia Prevention Project", a collaboration with the KRG and the CHUL's Public Health Research Unit is in the works, for which formal training of cooks has begun and menu implementation is anticipated for fall 2005;
- a poster presenting the results of the "Food Mail Pilot Project" that took place in Kangiqsujuaq with the collaboration of INAC, the Ungava Tulattavik Health Centre and the community is to be explained and delivered to Kangiqsujuaq, and overall revision of the "Food Mail Pilot Projects" is in effect;
- a Nunavik cookbook was developed by the regional diabetes nurse, for which a revision of nutrient information has been completed.



In the upcoming year, we also have several projects under way, namely:

- the implementation of the "Healthy Living Tour Project";
- further development of the "Anemia Prevention Project";
- the revision of the 1992 *Nutrition Guide*;
- the translation and distribution of the *Hooked on Nutrition* newsletter;
- a discussion table on nutrition issues with key leaders from the communities.

In order to achieve our objectives and improve the nutritional status of Nunavimmiut, we will be relying on the collaboration of numerous community members and organizations. Nutrition can affect us in a variety of ways and at all stages of life thus, our plan will be one that is based on support and characterized by a multidisciplinary approach.

YOUTH AND FAMILY SERVICES

REHABILITATION SERVICES

In collaboration with the two health centres, we pursued our efforts to improve the rehabilitation services offered while favouring the eventual creation of a regional department of rehabilitation services.

The existing admissions committee evaluates regular placement applications as well as emergency placements for the Sapummivik Rehabilitation Centre in Salluit. Since its creation, that committee has evaluated more than 40 placement applications. It ensures clinical discussions and better placement choices for youths, as well as the establishment of a waiting list. Our objective consists of stabilizing the committee and ensuring its continuity in spite of personnel turnover.

We undertook the installation of software for rehabilitation services. That software generates monthly and annual activity reports related to the use of services and manages information on each client, which should enable us to respond to the ministry's requests for statistics.

All of these steps pave the way for the creation of the much hoped-for regional department. This process is part of the strategic plan to be submitted to the ministry

YOUTH PROTECTION

Last year, the Inuulitsivik Health Centre's Department of Youth Protection received financial assistance to upgrade its computer systems and for the services of a consultant for personnel training.

In November 2004, all the interveners of the Inuulitsivik Department of Youth Protection received training in Montréal on the *Youth Protection Act* and the *Youth Criminal Justice Act* to help them accomplish their tasks.

The interveners of the Ungava Tulattavik Health Centre's Department of Youth Protection will receive similar training, adapted to their needs, next year.



Puvirnituk Group Home



Intensive Follow-up for Families

We developed a pilot project for the youth protection workers. This program of intensive follow-up for families will be set up in Kuujjuaq and Puvirnituk, the objective being to enable the interveners to act rapidly in situations of family crisis and to teach parents to better manage these crises with their children and thus avoid placement. The training is scheduled for the fall of 2005.

Collaboration between the CLSCs and Youth Protection

We are currently working on an agreement between the CLSCs and the departments of Youth Protection to transfer youths aged 17 years to the adult sector in view of ensuring better information transfer and follow-up.

Youth-Action Team

Another pilot project was established during the year, involving a youth-action team at the Ungava Tulattavik Health Centre. This three-year project aims at coordination between the various services for youths. Moreover, several interveners also received training on the individualized service plan (ISP).

We applied to the MSSS for funding necessary to setting up that program at the Inuulitsivik Health Centre before the end of 2006.

Cross-Sector Agreement

Training aimed at teaching workers how to interview young victims of sexual abuse should be offered in the fall of 2005. That training will permit the creation of specialized teams to offer improved support and assistance to young victims of sexual abuse, maltreatment and neglect during the legal process.



FAMILY PLANNING AND PARENTING SERVICES

YOUNG PARENTS SUPPORT PROGRAM

The MSSS has provided a budget to develop a program for young parents under the age of 20 years. The NRBHSS is therefore proceeding, along with the Ungava Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres, with the promotion and implementation of prevention services for young parents, from the prenatal stage up to the child's fifth year.

Health Canada and the Nechi Training, Research and Health Promotions Institute held an international Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) conference in Edmonton, Alberta, in July of 2004. This international group of professionals shared its knowledge, expertise and experiences regarding Sudden Infant Death Syndrome. Its goal is to reduce the incidence of sudden infant deaths throughout the world and provide a high standard of bereavement support for families who suffer the devastating effects of their babies death.

PARENTING SKILLS

The NRBHSS provides funds to the Kativik School Board (KSB) as part of the Young Parents Support Program. The KSB thereby ensures parental skills workshops are given in all 14 communities of Nunavik.

The parenting section of the program is geared toward parents and adults who deal with children aged 0 to 18 years. Note that grandparents dealing with their grandchildren or grown-up children, can also benefit from this program. The parenting course's tools are very helpful for the improvement of the family environment.

There are five distinct and independent sections that complement each other, each targeting a specific group. The five target groups, in order of priority, are:

1. all adults dealing with children (parents, leaders, etc.);
2. young mothers under the age of 20;
3. daycare educators;
4. teachers and school staff;
5. secondary students.



The team makes a concentrated effort to deliver all five sections of the course during a two-week stay in each community.

In 2004-2005, the parenting course was delivered in the following communities: Salluit, Kangiqsualujjuaq, Quaqtaq, Tasiujaq and Ivujivik. This coming year, the team plans to conduct further parenting-skills workshops in the following communities: Kuujjuaraapik, Aupaluk, Umiujaq and Puvirnituq.

FOETAL ALCOHOL SPECTRUM DISORDER (FASD)

Foetal Alcohol Spectrum Disorder is the object of an ongoing program aimed at educating and training professionals, front-line workers, and individuals who work in prevention to help the affected children and their families.

In the fall of 2004, FASD workshops were given in five communities: Tasiujaq, Aupaluk, Ivujivik, Kangiqsualujjuaq and Kuujjuuaq. The workshops were intended for the workers in health clinics, wellness centres and social services, as well as school teachers, special-needs educators, educators in daycare centers, police officers, pregnant women, parents and families.

The workshops are aimed at helping them to:

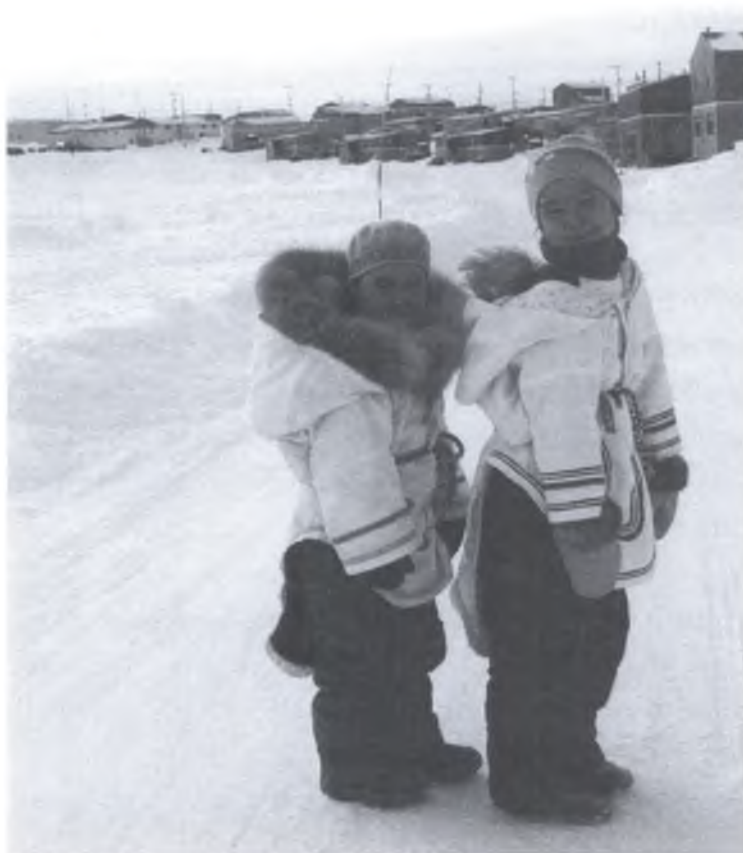
- identify and understand FASD;
- apply intervention strategies for infants, children, teenagers and young adults affected by FASD;
- support families affected by FASD;
- support pregnant women and their spouses refraining from using alcohol; establish a community prevention action plan.

An FASD co-facilitators' training workshop was held in Ottawa in November of 2004. The participants were from three different regions: Nunavik, Nunavut and the Inuvialuit region. The objectives of this four-day workshop were to increase the participants' confidence level in giving presentations and further their knowledge and skills in regards to FASD.



Pauktuutit, the Inuit women association, has developed two Inuit-specific FASD resource kits and a training workshop for community front-line workers, which focus on prevention and awareness of FASD. The NRBHSS, in partnership with Pauktuutit, gave an Inuit-specific FASD workshop in Puvirnituq in February of 2005. Two Inuit facilitators and one representative of the Consultancy for Alternative Education gave this training to participants from each community of the Hudson Bay coast. Although the FASD workshop was given in their community before, with the help of an interpreter, the participants were much more satisfied with this new course as it was adapted to Inuit-specific needs. Participants also reported learning much faster since the course was given only in Inuktitut.

The next FASD workshop will be given in Kuujjuaq this fall. All the professionals and front-line workers from each community of the Ungava Bay coast will be invited to attend the workshop, which will also be open to the general public.



FUTURE DEVELOPMENT

A well-baby clinic will be organized in Kuujjuaq and will focus on young parents who need guidance and support with their newborn. A multidisciplinary team will be giving workshops on raising healthy children, and meetings with other young parents will be organized. A first workshop is scheduled for the fall of 2005. Once the project is functioning well, it will also be implemented in other communities, with the help of the CLSC's social services interveners.

PROFESSIONAL RESOURCE DEVELOPMENT

NURSING

The year 2004 began with training upon hiring for nurses. That training is the fruit of much effort with the ministry to demonstrate the importance of preparing the nurses for the particular context of a northern region. Thus, the granting of a three-year, non-recurrent funding enabled both establishments to welcome nurses ready to work in a northern region, having already gone through orientation, as opposed to the previous arrangement where the establishments assumed at least two weeks of specific training to consolidate the candidates' skills in the tasks they will accomplish daily in Nunavik.

TRAINING FOR INUIT MANAGERS

The training sessions reserved for all Inuit managers working in the health and social service sector or in the community organizations have undergone a major change in direction since their beginning in 2001. Recognition for an official certificate was necessary. Thus, the Kativik School Board maintained discussions with McGill University to design and apply a program leading to a 30-credit university certificate. Those negotiations proved fruitful, as a condensed program in health and social services administration was the result. The program will enable Inuit managers to acquire in-depth knowledge in the organization, functioning and management of services in the health and social service centres. Each of the 10 obligatory courses leading to the 30-credit certificate will therefore be given over seven intensive days, in Nunavik itself, instead of the 15 weeks of courses in Montréal normally necessary for obtaining the certificate.

This certificate program finally began in April 2004, and to date, three courses have been given, alternating between Kuujuaq and Puvirnituk. To encourage the 12 managers registered over the past four years to assume this new challenge, the executive directors of the NRBHSS and both institutions formally recommend that their managers obtain the certificate. Further, the NRBHSS is presently examining the possibility of offering all the courses on both coasts to cut down on the participants' travel.



HOME CARE

In accordance with the wishes of the coordinators of the home-care program at both health centres, training on home care also underwent positive change with the development of a new program of 240 hours instead of the 900 originally planned. Obviously, this new development will maintain the acquisition of basic skills required to intervene in the context of home care as a visiting homemaker. The condensed course was therefore designed within a global and practical approach appropriate to this type of work. It is offered not only to the visiting homemakers already employed by the health centres but also to the general public, with the goal of creating a pool of candidates. In brief, in the short term, it will contribute to the job market and help establish trade certification.

The NRBHSS covers this program in its entirety to ensure standardization of practice. It is the body that issues attestation to the participants who successfully acquire the practical and theoretical aspects of the program's seven modules.

This study program began in October 2004 and, for the first year, was offered in the following six communities: Inukjuak, Kangiqsualujjuaq, Kangirsuk, Kuujjuaq, Puvirnituq and Salluit. We plan on offering the program in the other communities during 2005-2006.

PROVINCIAL TRAINING PROGRAM

The reality in the North has shown us that the majority of the youth protection, CLSC and rehabilitation workers do not possess adequate training to be able to offer all the services to which the population is entitled. Moreover, those workers do not necessarily receive the adequate supervision to enable them to offer services of quality. With a concern for improving the situation, and following a regional meeting on employment and training attended by the various socio-economic partners in Nunavik (i.e. the Kativik Regional Employment and Training Committee, or KRETC), a suggestion was made that the NRBHSS, as well as the two health centres prepare a common project that will encompass the training needs of all employees in the social sector (childhood, youth, rehabilitation and families).

The provincial training program (PTP) is therefore the fruit of the KRETC's recommendation and the great need to help the 85 interveners, 85% of whom are Inuit, who work with children and families in great difficulty, as well as the 15 managers who must ensure that the services offered are of good quality by providing support for their employees.



Based on an American model adapted to Québec, the PTP is first and foremost a training program centred on the clients' needs, clinical intervention and the management process. It is also a systemic model for on-the-job training, centred on skills development. The PTP is the first ongoing training program (Inuit and non-Inuit) offered concurrently to the CLSCs, youth centres and rehabilitation centres.

We began the program in September 2004 with the CLSC, youth protection and rehabilitation managers of the Tulattavik and Inuulitsivik Health Centres, alternating the five modules between Puvirnituk and Kuujuaq. The next year will be devoted to training the workers, using a module—a common core—of six days organized in two sessions. This will permit grouping together all the workers in the three sectors before proceeding with more specific training for each sector.

SUPPORT FROM THE KATIVIK REGIONAL GOVERNMENT

It is important to recognize the support of the Kativik Regional Government (KRG) in carrying out the majority of our training programs. By providing temporary financial assistance at the beginning of the employment period, KRG helps improve the workers' employability and encourages the employers to invest time and effort when hiring new personnel. For 2004-2005, the KRG provided us with close to a quarter of a million dollars.

The table below lists the KRG's contributions for 2004-2005:

Projects	KRG Contribution
Training for Inuit managers	\$89,409
Home care	\$96,022
Provincial training program	\$31,710
Director of Administrative Services	\$10,821
Director of Planning and Programming	\$14,072
Library technician	\$6,022



ELDERLY AND PERSONS LACKING AUTONOMY

PERSONS LACKING AUTONOMY (PLA)

The funding for this program comes from two different sources: the Québec *ministère de la Santé et des Services sociaux*'s (MSSS) *Home-Care Policy* and Health Canada's First Nations and Inuit Home and Community Care Program. The latter is presently in its third year of service provision.

The funding from Health Canada pays the salaries of two coordinators, six nurses and three rehabilitation technicians. It also covers medical and technical aids and 40 % of the cost of the homecare workers' training.

The MSSS fund supplements home-care services in the communities where there are no PLA nurses and allows the hiring of home-care workers. The MSSS policy promotes a multidisciplinary team approach.

Home-Care Services

The number of clients registered changed very little: 346 clients were evaluated on the Hudson coast and 257 on the Ungava coast, for a total of only 16 more than the previous year. The number of home-care services hours remains high: an approximate total of 39,325 hours of home-care services was delivered, with 15,132 hours on the Ungava and 24,193 on the Hudson.

Services Offered by Nurses and Home-Care Workers

Both health centres offered a similar number of hours for personal and support care. However, the Inuulitsivik Health Centre provided more than double the number of nursing hours provided by its Ungava counterpart.



Health Centre	Home-Care Worker Hours	Nurse Hours
Tulattavik	4 624	8 859
Inuulitsivik	4 170	19 611
Total no. of hours	8 794	28 470

Intensive Services Offered According to Diagnosis

The Ungava Tulattavik Health Centre provided 2,322 hours for five clients with heart, circulatory or cardiovascular disease, whereas Inuulitsivik provided a total of 1 245 hours for a single client requiring intensive services.

Services Offered to Various Age Groups

The figures on home-care clientele are similar on both coasts:

- each coast registered 21 children between the ages of 0 and 5 years who received services;
- about 20 clients aged 5 to 17 years on each coast;
- about 128 clients aged 18 to 64-years on each coast.
- about 13.5 clients aged 80 and over on each coast.

However, differences can be observed for two age groups. The number of clients aged 65 to 69 is three times higher on the Hudson (79) than on the Ungava (24), and for the age group between 70 and 79, there are more than double the number of clients on the Hudson (95) than on the Ungava (41).

TUSAAJIAPIK DAY CENTRE

The project entitled "Towards a New Partnership to Serve the Elders", submitted by the NRBHSS to the MSSS, received an annual recurrent budget of \$624,000. The project supported the opening of the Tusaajiapik Day Centre in April 2004, through a newly formed partnership between the NRBHSS, the Ungava Tulattavik Health Centre and the municipality of Kuujuaq.



Through the Tusaajiapik Day Centre, seniors receive transportation services, hot lunches, organized activities and an opportunity to socialize five times a week. Celebrations for special occasions are organized, for example a Christmas party, picnics and bingo.

The newly formed Admission and Steering Committee makes decisions on admissions priority and recommendations on the residence's general management, budget, objectives and programs offered.

USIJIIT - ADAPTED TRANSPORTATION

Makivik Corporation and the *ministère des Transports du Québec* (MTQ) provided funding for 14 adapted vehicles. The NRBHSS prepared an assessment tool and arranged the evaluation of all clients requiring this service. An admissions committee was formed to process applications for the service.



TRAINING FOR HOME-CARE WORKERS

The first phase of training for visiting homemakers and social aides started in October of 2004. The goal is to build a pool of trained personnel. The training is open to all interested in a career in the health network and is being offered in three different communities on each coast. It consists of a total of 240 hours, divided in seven modules. In the first six months of this program, three modules of the training were offered: introduction to the profession (one week), moving clients safely (one week), and hygiene (two weeks). This translated into 18 courses in which a total of 158 individuals participated: 56 from the Ungava and 102 from the Hudson.

This project was possible thanks to the support of the KRG and the professionals of both health centres, as well as the strong interest shown by the participants who gave positive feedback and expressed the need for more training.

SUPPORT FOR FAMILIES OF CHILDREN WITH DISABILITIES

In February of 2005, the program for support for families of children with physical and intellectual disabilities was initiated thanks to funds from the MSSS.

An evaluation form adapted for the North was developed by the NRBHSS in consultation with professionals of both health centres. The forms were then sent to the health centres for the purpose of assessing the children's and their families' needs. During the initial phase, the program will be administered by the NRBHSS, where an admissions committee will evaluate the priority of applications. At a later date, the health centres will manage the program.



FUTURE DEVELOPMENT

There are several regional priorities. The first one is to improve the regional network of residential facilities for clients needing assistance and supervision. The second priority is to improve the psychosocial services, as they are essential for the PLA clientele struggling with mental health issues and those in need of palliative care. Finally, further networking with partners is required in order to offer support to families who have children with disabilities.

FAMILY VIOLENCE

NUNAVIK WOMEN'S SHELTER ASSOCIATION

The region's three women's shelters were founded between 1996 and 1998. The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) covers most of their operating cost through funds received from the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS).

The shelters requested and received funds from the federal government to form a women's shelter association. With these funds, they were able to hire a consultant for six months to bring each of the shelters under one association while their identity remained separate.

TRAINING

The Nunavik Women's Shelter Association drew up an action plan, which includes a staff-training program for the interveners and coordinators.

The MSSS allocated additional funds to help children who are witnesses of violence. These monies were transferred to improve services to this specific clientele and to train the staff of the women's shelters.

The Family Violence agent participated in an intensive fieldwork-training program at the Notre-Dame-de-Grâce Local Community Services Centre (CLSC) in Montreal to get a better understanding of her role in this file.

PARTNERSHIP

Steps were taken to link the social services centres, the crime victims' assistance centres (CAVAC) and the Kativik Regional Police Force (KRPF), and to draw up a working protocol.

QAJAQ, a men's group founded in 2003 to work with and help violent men, and the Tungasuvik Women's Shelter of Kuujuaq established a working group. They will look at the increase in violent behaviour and family violence to find measures to counter those phenomena.



QUÉBEC'S WOMEN STATUS COUNCIL

Québec's *Conseil du statut de la femme* (Women Status Council) published a document entitled *For a New Social Contract of Equality between Women and Men* in 2004. The document promotes equality between men and women and recommends that all decision-making levels and resources available in each region of Québec work towards realizing this. To attain the objectives they propose the following:

- prevent inequalities between the sexes;
- ensure that the laws, policies, programs and public services foster gender equality;
- target the social relations between men and women and provide more realistic actions with in organizations.

In order for this to happen the Council recognizes that it must support and encourage men to work actively towards equality. We look forward to working with the shelters and other partners to attain, over the coming years, equality for the women and men of Nunavik.

ADULT SEXUAL ASSAULT

The new ministerial guidelines in regards to sexual assault still need to be implemented in Nunavik. There is work to be done, as the new guidelines will require increased consultation between the interveners of the different sectors in view of offering better services to victims of sexual assault.

PROGRAMS FOR MEN

Programs for men continue to be developed. The QAJAQ Network offered training to the Makitautik halfway house staff to improve their skills in intervening among men. The QAJAQ office is in Montréal but a requirement for continued funding is that the office be transferred to Kuujuaq in 2006.

The QAJAQ Network helped secure funding and contributed its expertise to Unak, a project initiated in Inukjuak. Activities were held, during which elders offered young people in difficulty an opportunity to experience outdoor and cultural activities.

This year, services for Inuit incarcerated at the St-Jérôme correctional services were continued. A certain number of interventions were carried out within the inmates' unit.



SUBSTANCE ABUSE

RESEARCH ON SUBSTANCE ABUSE IN NUNAVIK

The research conducted by RISQ (Research and intervention on psychoactive substances - Québec) received a subsidy of \$200,000 from the Canadian Institutes of Health Research to complete Phase II.

This research will first target the population segment aged 11 to 18 years and will go on to include families as well as community leaders. Thus we hope to establish a more precise profile of substance abuse in Nunavik.

In 2004-2005, the research was conducted and completed in Kuujjuaq and Inukjuak. The research team was also able to begin its work in Kangirsuk.

ISUARSIVIK TREATMENT CENTRE

This year, the Isuarsivik Treatment Centre saw major changes in its organization, the most important being the establishment of year-round admission. There was also much personnel turnover, which is problematic given the few remaining Inuit personnel members.

The bulk of Isuarsivik's operating budget comes from the Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

For the year under way, Isuarsivik would like to finalize an agreement with the Ungava Tulattavik Health Centre to offer and receive complementary services.

AANARRAAPIK GROUP HOME

We worked with the board of directors of the Aanarraapik Group Home for its reopening in Inukjuak. We also collaborated with the personnel of the group home in Puvirnituq to enable them to offer support to the coordinator and help in developing programs adapted to the needs of the youths.

VISIT BY ALCOHOLICS ANONYMOUS

Once again, the movement Alcoholics Anonymous visited the region, represented by three members, one of whom is an Inuk of Kuujjuaq. With the collaboration of First Air and Air Inuit, who offered major reductions in their rates, the three AA representatives visited the villages of the Ungava coast. Their goal was to discuss alcoholism and support the AA groups established in the Ungava villages.



MENTAL HEALTH SERVICES

INTERSECTORAL COMMITTEE ON MENTAL HEALTH AND JUSTICE

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) convened a special regional meeting between the Kativik Regional Police Force (KRPF), the two health centres, the CLSCs, youth protection services and the coordinator of the reintegration centre of Inukjuak.

The KRPF spoke of the increased violence including the soaring numbers of gun calls even in the smallest communities. The reintegration centre coordinator spoke of the increasing number of adults with chronic psychiatric illness and serious behaviour problems. Representatives of social services, youth protection and medical services discussed common issues and looked at finding ways of improving the cooperation between the various services.

The objectives are to achieve an effective partnership involving a consultation process to better serve the population of Nunavik, as well as to involve the region's leaders so that they become part of the problem-solving process with the various sectors: health and social services, justice, correctional services and public security.



RESIDENTIAL MENTAL HEALTH RESOURCES IN NUNAVIK

The reintegration centre in Inukjuak has been receiving clients on a voluntary basis since its opening in 2000. Renovation of the centre was completed, with the exception of the exterior siding and minor carpentry work to be done inside.

Renovations of the old nursing station in Puvirnituk started in February of 2005. It will become the regional intensive-care centre, the second mental health resource in Nunavik, with a short-term five-bed capacity, for clients with severe mental health problems.



TRAINING IN MENTAL HEALTH TO BE OFFERED BY THE DOUGLAS HOSPITAL

A draft training-program agreement between the Douglas Hospital in Montreal and the NRBHSS is being evaluated. The objective behind this training is to increase the knowledge and understanding of mental illness, as well as identify the challenges and rewards of providing good care, which benefit not only the patients but also the staff at the centres, the patients' families and the communities themselves.

An Inuit-specific approach that respects cultural beliefs will be developed. In Phase 1 of the program, we expect the Douglas Hospital staff visit the North, and in Phase 2, the Inuit staff will work at the Douglas Hospital.

REGIONAL ADMISSIONS COMMITTEE FOR ADULT MENTAL HEALTH RESOURCES IN NUNAVIK

The Regional Mental Health Task Force set up an ad hoc committee with the mandate to draft operating procedures for a multidisciplinary admissions committee that will become an entry point for the two mental health residential centres in Nunavik.

The admissions committee will receive requests from the CLSCs and will provide a forum where the residential needs of the clientele will be discussed and beds allocated. This represents an important advance in considering the needs of the individual in the light of Nunavik realities while taking Inuit culture into account.

PILOT PROJECT ON SUPERVISED APARTMENTS FOR PERSONS WITH A PHYSICAL, EMOTIONAL OR PSYCHOSOCIAL CONDITION

The Ungava Tulattavik Health Centre (UTHC), the NRBHSS and the Kativik Municipal Housing Bureau (KMHB) are working together to set up supervised apartments for persons with a physical, emotional or psychosocial condition.

First, the project needs to be presented and accepted by the boards of the UTHC and the KMHB, before it can be submitted to the *Association des directeurs d'offices d'habitation du Québec* (Association of directors of Québec housing offices or ADOHQ) for construction authorization. We believe that this can be realized in the near future.



RESEARCH, INFORMATION AND PREVENTION ON SOCIAL ISSUES

The continued increase in suicides among youth remains a major and troubling issue in Nunavik. The 2004-2005 year saw the completion of the Tapiriilirmi field trip around Nunavik and the first steps in carrying out the Tapiriilirmi Committee's recommendations.

TAPIRIILIRNIQ FIELD TRIP REPORT AND RECOMMENDATIONS

Set up in 2000 to carry out a field trip whereby each community would be visited, the Tapiriilirmi Committee's purpose was to address the issue of youth suicide and to promote public awareness of the need to join together for strength. The results attained in each community suggest that the field trip has met real needs.

Three basic recommendations summarize the field trip and proposed solutions:

- **Identify trusted elders in each community to provide guidance and advice to individuals and their families.** This recommendation was identified early in the field trip and reflects a very widespread consensus. While such a measure will not by itself bridge the gap between youth and elders, it was felt that it is essential, in today's world, to provide elders with an opportunity to share their experience and knowledge.
- **Develop support services for survivors, including healing.** Perhaps this recommendation can be described as the single most urgent common message addressed to the committee. Safe places need to be provided to allow healing to take place, and resources must be brought together to assist survivors in healing deep pain.
- **Regain control of parental roles and of family life.** Perhaps this recommendation is the one that reflects the most widespread message brought to the attention of the committee. While the first two recommendations are more short term in scope, this final recommendation is more of a long-term one and strikes at the core of the challenge that must be faced to achieve wellness. The challenge is twofold: on one hand, the past must be reconciled with the present, and on the other, we need to ensure that solutions remain community-driven.

OTHER ACTIVITIES

A pilot project was designed to renew traditional counselling services. Initially, a part-time and self-employed traditional counsellor will be appointed by the local steering committees in each of the three interested communities. Although self-employed, these traditional counsellors will work in close cooperation with their CLSC's social services team.



A training program on action-oriented community dialogue is being developed for wellness workers and other community-oriented front-line workers. This training will develop the workers' skills in leading community-dialogue activities that are action-oriented and which foster consensus building. Such training will provide tools to follow up on the community's concerns in regards to family life and other issues that the communities wish to raise locally.

A pilot project is being considered with the Ungava Tulattavik Health Centre to provide and coordinate a full range of services for suicidal individuals. These services would be delivered at four stages: upon admission, during hospital stay (if required), before release, and through community follow-up once back home. This project will support the staff involved in providing the services that are required and will also inform the population of the services that suicidal individuals can expect to receive from the health centre.

Continued support for the improvement of professional skills has also been encouraged by promoting staff participation in the annual meetings of the First Nations and Inuit Suicide Prevention Association of Quebec and of the Canadian Association for Suicide Prevention. Local initiatives supported include a healing session that took place in Aupaluk in April of 2004, and a suicide prevention workshop held in Puvirnituq in June of the same year.

Continued financial support for the Kamatsiaqtut Helpline is maintained in recognition of the reliable and relatively "closer-to-home" telephone services provided to Nunavimmiut callers.

Financial support has been provided to a young Nunavimmiut in sponsorship of her participation in the Youth Suicide Prevention Walk across Canada. This awareness walk started on March 28, 2005, in Nanaimo, BC, and was scheduled to end in Ottawa on June 21, at which date National Aboriginal Day is celebrated in Canada.

NEXT STEPS

In 2005-2006, emphasis will be put on the implementation of the traditional counsellor positions and on the action-oriented community-dialogue training program. An information campaign will also be put into effect to sustain population awareness on the issue of suicide and to promote the Kamatsiaqtut Helpline.

Continued support will be provided towards the improvement of staff professional skills, as well as to local initiatives and self-help groups that address suicide prevention or related issues.

A status report in regards to suicidal behaviours will be prepared, to support the development of a medium and long-term action plan.

Finally, we look forward to working in close collaboration with Public Health, which has the mandate of all prevention-related issues, to ensure a better coordination of the planning of services and resources required for the Nunavik population.



YOUTH CENTRES

The Nunavik youth centres program completed its fourth year in 2004-2005. Each youth centre now has permanent staff, that is, one full-time coordinator, two full-time facilitators, two part-time facilitators and one part-time janitor, for a total of 70 permanent jobs in the region. Job creation and training aspects were supported by the Kativik Regional Government's (KRG) Employment and Training Department, which shared the training expenses with the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS). This year, the KRG approved expenses for a total of \$473,167. The Saputiit Youth Association of Nunavik was also involved in the organization of the training sessions.

The 2004-2005 budget from the *ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) was \$3,491,643. From this amount, \$2,897,771 was transferred to the communities to cover their youth centre's operating costs, \$374,872 was used for training and \$219,000 covered program coordination.

Table 1: Funds Allocations to the Communities

Community	2004-2005 Subsidy for the Youth Centre
Kangiqsualujjuaq	\$195,677
Kuuujuaq	\$258,870
Tasiujaq	\$195,677
Aupaluk	\$195,677
Kangirsuk	\$195,677
Quaqtaq	\$195,677
Kangiqsujuuaq	\$195,677
Salluit	\$227,378
Ivujivik	\$195,677
Akulivik	\$195,677
Puvirnituq	\$227,378
Inukjuak	\$227,378
Umiujaq	\$195,677
Kuujuaraapik	\$195,677



Most of the subsidy goes to paying the staff salaries, \$25,000 is always reserved for equipment and activity materials, \$20,000 for the centres' expenses and \$9,680 for special activities.

In all youth centres, the coordinators prepare monthly activity and staff schedules. They hold weekly staff meetings to plan the week's activities. The facilitators produce daily reports and the coordinators produce monthly reports.

The northern villages' secretary-treasurer controls and produces quarterly financial reports that are sent to the NRBHSS. All expenses, except salaries and fixed costs, have to be approved by the NRBHSS.

All centres have at least four computers for games, one X-Box and one PlayStation, an average of 40 movies and 30 games, one to three televisions, one pool table and one ping pong table, arts and crafts supplies, tables, chairs, sofas, shelves, office furniture and equipment, etc. They also have basic prevention materials and some board games.

Table 2: Daily Activities and Attendance

Youth Centre	Activities	Attendance/day/age group		
		6 to 12	13 to 19	Total
Kangihsualujjuaq (in new community building)	Arts, movies, gym, dances, cooking, bingo, tournaments, outdoor activities, X-Box, prevention, etc.	20	30	50
Kuujjuaq (renovated and enlarged)	Dance classes, karate, boxing, arts and crafts, Girl Guides, outdoor activities, basketball, hiking, bike race, movie nights, beach fire, camping, etc.	Average 20 to 60		



Youth Centre	Activities	Attendance/day/age group		
		6 to 12	13 to 19	Total
Tasiujaq	Pool, computer and video games, ping pong, outdoor games, movie nights, arts and crafts, music, board games, etc.	14 to 38	14 to 28	
Aupaluk (needs repairs)	Movies, X-Box, PlayStation, computer games, pool, arts and crafts, soccer table, music, board games, outdoor activities, indoor games, etc.	25	20	45
Kangirsuk (too small)	Movies, X-Box, PlayStation, computer games, board games, picnics, outdoor games, movie nights, knitting, etc.	15	30	45
Quaqtaq	Movie nights, computer and video games, pool, dance lessons, arts and crafts, board games, free activities, etc.	25	20	45
Kangiqsujaq	Ping pong, board games, free activities, outdoor activities, movie nights, computer games, etc.	20	15 to 20	35 to 40

Youth Centre	Activities	Attendance/day/age group		
		6 to 12	13 to 19	Total
Salluit	Karate, free activities, arts and crafts, picnics, computer and video games, pool, ping pong, etc.	16 to 58	32 to 81	80 to +100
Ivujivik (renovated and enlarged)	X-Box, video and computer games, arts and crafts, pool, ping pong, movie nights, dances, indoor games, etc	6 to 9 yrs : 10 to 24 10 to 13 yrs : 12 to 20 14 to 19 yrs : 11 to 19		
Akulivik	Pool, ping pong, movie nights, arts and crafts, X-Box and computer games, etc.	15 to 20	15 to 25	30 to 45
Puvirnituq (renovated and enlarged)	Video and computer games, music and movie nights, Inuit and outdoor games, gym, Internet, karate, pool, football, etc.	20	30	50



Youth Centre	Activities	Attendance/day/age group		
		6 to 12	13 to 19	Total
Inukjuak (renovated and enlarged)	Pool tournaments, movie nights, arts and crafts, visits from elders, karaoke nights, supper night with movie, bonfire, clean-up, etc.	20	35	55
Umiujaq	Pool tournaments, X-Box, Nintendo and computer games, arts and crafts, air hockey, movie night, cooking lessons, etc.	25 to 33	20 to 30	45 to 63
Kuujjuaraapik	Picnics, arts and crafts, cooking, PlayStation, X-Box and computer games, pool, ping pong, movies, indoor games, etc.	8 to 17	12 to 25	20 to 42

NUNAVIK YOUTH CENTRES ASSOCIATION

In March 2005, the youth centre coordinators started a process to set up a regional association for all youth centres in order to:

- continue staff training, organize training sessions and budgets;
- make recommendations to the NRBHSS for program development and ensure all the youth centres respect the program's philosophy and criteria;
- make recommendations to the NRBHSS for budget allocation in the communities;



- report to the NRBHSS for all youth centres and support the youth centres in their subsidy requests;
- link all youth centres by organizing regular conference calls and meetings;
- orient and ensure the supervision of all youth centre staff through the hiring of two regional resources for youth centres (Note: although it would be easier for the regional association to put the regional resources on payroll, they are presently hired as consultants.);
- purchase equipment for all youth centres;
- take over the administration of a youth centre in deficit or if the municipality does not collaborate;
- establish priorities for the renovations of youth centres and present financial requests to the relevant organizations.

Starting on April 1, 2005, this regional association composed of the 14 youth centre coordinators will take over the coordination of the program and the organization of the training sessions for the youth centres staff. Each municipality will continue to assure the administration of its youth centre.

GRADUATION OF YOUTH CENTRE STAFF

On May 5, 2004, there was a graduation ceremony for 7 of the youth centre coordinators who completed 450 hours of training and for 16 youth centre facilitators who completed 225 hours of training. Congratulations to all of them! They were very dedicated to the training and also to their work. Everybody is proud of them.

For those who have not completed their training yet, they will have the opportunity to complete it next year.



COMMUNITY ORGANIZATIONS FUNDED BY THE MSSS

Community organizations are funded by the *ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec* (MSSS), which transfers the required budgets to the Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS), with the goal of helping the community sector consolidate its action and outreach. The NRBHSS analyzes the applications and grants financial support to the region's organizations.

In 2004-2005, the NRBHSS distributed an amount of \$1,759,882 to eight organizations among a number of Nunavik communities. Those organizations respond to needs not covered by the public network, and the funds received help maintain activities responding to the needs identified by each community. As presented in the list below, among the community organizations are a number of women's shelters, treatment centres, a program for alternative measures and so forth.

Salluit:	Initiak Women's Shelter.....	\$272,000
Kuujuaaraapik:	Tunngavik Women's Shelter.....	\$248,332
Puvirnituq:	Nursing home (held in reserve).....	\$53,000
Kuujuaq:	Isuarsivik Treatment Centre.....	\$417,000
Kuujuaq:	Tusaajiapik Nursing Home.....	\$198,883
Kuujuaq:	Qajaq Network.....	\$125,667
Kuujuaq:	Amautiit Tunngasuvik Women's Shelter.....	\$375,000
Nunavik:	Makivik Youth Justice Committee.....	\$70,000

In Nunavik, funding for the community organizations permits stability in the services offered to the population.



COMMUNITY PROGRAMS FUNDED BY HEALTH CANADA

BRIGHTER FUTURES PROGRAM

The Brighter Futures Program is funded by Health Canada and is aimed at community-based projects for children 0 to 18 years old. The objectives are to increase awareness in mental health, child development, healthy babies, injury prevention and parenting skills within the communities. The overall purpose of the Brighter Futures Program is to improve the quality of and access to culturally sensitive wellness services at the community level to help create a healthy family and community environment. This project funding is available to all 14 communities of Nunavik upon request, as long as the applications are supported by their local municipal council.

Community	Funds allocated
Akulivik	\$94,931.83
Aupaluk	\$32,026.00
Inukjuak	\$100,054.08
Ivujivik	\$21,264.00
Kangiqsualujuaq	\$31,861.48
Kangirsuk	\$104,970.36
Kangiqsujaq	\$62,772.86
Kuujujaq	\$106,649.00
Kuujuaraapik	\$0.00
Puvirnituq	\$106,788.65
Quaqtaq	\$59,432.06
Salluit	\$98,139.50
Tasiujaq	\$10,835.97
Umiujaq	\$34,164.00

Most Nunavik communities carried out a number of various projects during the 2004-2005 fiscal year. In fact, this year has been more successful than the previous one, the information about the program having been delivered to many organizations and individuals. Furthermore, visits to some of the communities were made to clarify the program's criteria, as well as to train people on how to write project proposals and complete activity and financial reports.

For 2005-2006, we plan to continue to inform various groups and individuals about this program and to promote training, in order to increase the knowledge and skills of personnel involved in service delivery in the communities.

Brighter Futures Program total funds for 2004-2005: \$863, 889.79



COMMUNITY/NEIGHBOURHOOD WELLNESS PROGRAM

This mental health program is also funded by Health Canada. Its objectives are many, from funding the salaries of community/neighbourhood wellness workers to addressing critical gaps in the mental health services, providing crisis intervention, promoting community well-being and so on, in the 14 communities of Nunavik.



Because the wellness workers are supervised under the CLSCs operations, the funding is transferred to the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres. The wellness workers are a part of an already existing team, although they do not offer front-line services. Rather, they provide support to the front-line workers by participating in promotion and prevention activities jointly with various local organizations. Both health centres are also responsible for organizing other activities related to the objectives of this program.

Ungava Tulattavik Health Centre

The following communities had a wellness worker for the whole fiscal year: Aupaluk, Tasiujaq, and Kangiqsujuaq. Kangiqsualujuaq, Quaqtaq and Kangirsuk had neighbourhood wellness workers only part of the year. Although Kuujuaq did not have such a resource this past year, as nobody had applied for this position at the time, one has been hired for the new fiscal year.

An orientation binder was developed, with a template form for project-funding requests and another for monthly reports. These tools help our workers to present their projects, as well as target and specify their goals. As for the monthly reports, even though we also presented this tool to our interveners, we have to remind them on a regular basis, as it seems difficult for them to integrate this task into their work routine.

Regarding the Foetal Alcohol Spectrum Disorder (FASD) problematic, another training session was offered to different groups of interveners (teachers, daycare workers, police officers, etc.), as well

as to the population at large and parents. The response was very positive. All the participants agreed to do a radio presentation, visit their local school and discuss the issue at the community level to promote increased awareness of FASD.

Allocation of funding to the Ungava Tulattavik Health Centre: \$290,967.18

Inuulitsivik Health Centre

The Inuulitsivik Health Centre had difficulties in recruiting community wellness workers in many of the Hudson communities. Only the following communities had a wellness worker for part of the year: Akulivik, Inukjuak, Kuujjuaraapik and Salluit. Ivujivik, Puvirnituk and Umiujaq did not receive any applications for this position this year.

Two psychologists were employed under this program to help support the seven communities on the Hudson coast. A big part of their work was to provide training to the workers in the communities on how to intervene in a crisis situation, as well as make weekly calls to the CLSCs to support the interveners dealing with clients in crisis. The two psychologists also provided support to front-line workers by discussing cases with them, supervising them and traveling to the communities when more support or training was necessary.

Salluit's and Ivujivik's community health workers also participated in the program in their CLSCs, by organizing prevention and awareness activities to promote healthier living.

Allocation of funding to the Inuulitsivik Health Centre \$356,614.41



All in all, we believe that the ideal would be to have a resource who could act exclusively as neighbourhood wellness worker or community wellness coordinator, but we do not have sufficient financial resources, which is why we are obliged to assign several mandates to the same worker. However, given the community nurse's workload, this aspect does not seem to have been evaluated in a realistic manner. This led us to review our plans for the 2005-2006 fiscal year.

We will be working hard to find solutions to these problems. Considering the barriers that we had to overcome, such as the high staff turnover and the various organizational structures, we are proud of what we were able to accomplish. We strongly believe in this project and are convinced that the targeted solutions for the structure of this program will be effective.

CANADA PRENATAL NUTRITION PROGRAM

The Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP) is a program funded yearly by Health Canada on a per capita basis. It is supervised by the CLSCs under their community health programs. The total budget is allocated to the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres, whose community health nurses coordinate this program and supervise all 14 communities.

The objective of the program is to improve maternal and infant nutritional health by providing better nutritional information to women, earlier in their pregnancy, as well as postpartum services focused on those at high risk. The program promotes breast-feeding initiation and higher duration rates, and strives to increase knowledge and skill-building opportunities for those involved in the program. It is also aimed at increasing the number of infants fed age-appropriate foods in the first 12 months of their life and improving the adequacy of the diet of pregnant and breast-feeding Inuit women.

Over the past fiscal year, program activities were developed and carried out with consideration for the program objectives and guidelines.

Ungava Tulattavik Health Centre

Workshops were given in three communities —Kangirsuk, Kangiqsujuaq and Aupaluk— with the objectives to increase the women's knowledge as to what a safe and healthy pregnancy is, reduce at-risk behaviour, increase breast-feeding rates, and, in so doing, improve the birth outcome.



Materials were purchased for these workshops. Periodic radio presentations in all seven communities increased the visibility of the CPNP and offered information on healthy lifestyles, breast-feeding, nutrition and age-appropriate foods.

Taking into account the isolation of the region, the high cost of fresh food products and the low income level of many of the clients, a program of food-coupon distribution for pregnant and breast-feeding Inuit women was successfully introduced in all seven communities of the Ungava. Through this program, the above-mentioned women are entitled to a \$20 coupon every two weeks.

Allocation of funding to the Ungava Tulattavik Health Center : \$40,709.18



Inuulitsivik Health Centre

The seven communities —Salluit, Ivujivik, Akulivik, Puvirnituk, Inukjuak, Umiujaq and Kuujjuaraapik— continued the distribution of food coupons this past year as well. This is very much appreciated by the pregnant women.

In general, every CLSC teaches prenatal classes on an individual basis. However, in some communities such as Inukjuak, Puvirnituk and Salluit, there were exceptions where midwives offered the service.

The benefits of traditional food were emphasized through the distribution of caribou and geese, free of charge. This distribution, assigned to the CLSC personnel, will be continued in the future. The Welcome Baby Baskets distributed in all the communities now include formula, which we plan to include in the baskets next year as well.

Allocation of funding to the Inuulitsivik Health Centre \$49,755.67



PUBLIC HEALTH

MESSAGE FROM THE DIRECTOR

Dr. Serge Déry



The milestone event of the 2004-2005 fiscal year was, without a doubt, the realization of the health survey, *Qanuippitaa?* (How are we doing?), among the 14 Nunavik communities. Conducted on board a Canadian Coast Guard icebreaker retrofitted for research purposes, the survey had become a necessity for the region. In fact, the last health survey conducted in Nunavik among the general population dated back to 1992. Often, to assess a particular problem, the interveners of the Nunavik health and social service network were obliged to refer to those data gathered more than 12 years ago.

The other highlight of the year was the participation in the creation of the regional strategic plan in terms of health and social services. The Public Health Department supported the work of the regional work group in several ways, notably through the role of coordination assumed by the assistant to the Director as well as through the establishment of a general health profile of the Nunavik population, which will serve as the basis for the identification of regional priorities.

Finally, the organization of a regional symposium on the foetal alcohol syndrome problem brought together several of the region's interveners in the presence of experts to discuss the various aspects related to the prevention of that problem, as well as to the management of children stricken with the syndrome and support of those children's families.



HUMAN RESOURCES

The 2004-2005 fiscal year saw changes among certain personnel members. However, at the end of the year, all the positions were filled, with the exception of that of the officer in charge of the smoking portfolio, who was on maternity leave, and that of the officer in charge of the portfolio for sexually transmitted and bloodborne infections, the latter due to budget constraints. We expect to fill those two positions during 2005-2006.

We also hired three part-time physicians, two of whom will be providing their expertise in environmental health and the other in occupational health.

PROTECTION OF PUBLIC HEALTH

This component was the object of several interventions in regards to infectious diseases, occupational health and environmental health.

INFECTIOUS DISEASES

Non-STD Reportable Diseases (MADO)

Throughout whole 2004 year, the RDPH received and processed reports of 37 non-STD MADO cases. In comparison, 39 cases were reported the previous year. Whereas only two cases of active tuberculosis were reported for all of 2003, the year 2004 saw a certain resurgence of this disease, with 10 reported cases. Those cases required the assessment of more than 300 contacts, in collaboration with the CLSCs personnel. Work in regards to the training and support of the personnel involved in the four affected communities continues.

Sexually Transmitted Diseases (STDs)

During 2004, we noted a drop in the number of reported cases of genital chlamydia infections (285 cases in 2004 compared to 300 cases in 2003), as well as in the number of reported cases of gonorrhea (15 cases in 2004 compared to 44 cases in 2003). For each case of gonorrhea, a full epidemiological investigation is performed, with treatment of the index case and precautionary treatment of contacts.



VACCINATION CAMPAIGNS

Vaccination of 10 to 19 years old against Whooping Cough

As the young persons in this age group had received a whooping cough vaccine that provided insufficient protection, the MSSS decided to offer the vaccine to youths aged 10 to 19 years old free of charge over the next few years. With the clinical prevention committee, the region opted for a two-stage campaign, one in the spring of 2004 for the 10-to-14-year-old age group and one in the spring of 2005 for the 15-to-19-year-old age group. The campaign for those aged 10 to 14 covered 83% of the youths in that group with the DTaP vaccine (89% in the Ungava subregion, 79% in the Hudson). The final weeks of fiscal 2004-2005 were spent preparing the campaign for the 15-to-19-year-old age group, scheduled from March to June 2005. Once again, the excellent collaboration from our partners at the CLSCs in carrying out these activities should be mentioned.

Vaccination against Influenza

On November 1, 2004, the vaccination campaign against influenza was launched. The overall immunization coverage rate was 83% for all targeted clientele. Note that immunization coverage among children aged 6 to 23 months, who constitute a new target group for influenza vaccination in both Nunavik and the rest of Québec, reached 77%.

In line with the above, the Department of Public Health, with the participation of the regional coordinator for emergency measures, undertook preparatory work in the regional emergency plan in case of an influenza pandemic. The work continues, the deadline being set to December 2005 for the submission of a complete plan that will be ready for application.

OCCUPATIONAL HEALTH

Preventive Withdrawal of Pregnant Workers

The year 2004 saw 88 applications for the preventive withdrawal of pregnant or breast-feeding workers processed by our medical advisors. Those applications mainly came from day-care educators, teachers and nurses. The Department of Public Health's English translation of the procedure for the recommendations under the For a Safe Maternity Experience Program for referring physicians who request it is now operational.

Raglan Mine Health Program

Application of the Raglan Mine health program continued. Among other activities carried out during the year were the following:

- environmental monitoring and information of workers in regards to various types of aggressors such as lead, silica dust, carbon monoxide, welding fumes, etc.;
- medical monitoring of workers exposed to lead (notably through blood-lead levels), silica and nickel dust, and biological hazards;
- tests for noise, mould, etc.;
- first-aid measures aimed at ensuring adequate services in case of exposure to certain oppressors.



We had to replace the physician responsible for the mine, who was at the end of his career. Fortunately, we were able to hire a physician with considerable experience in the field.

Regional Occupational Health Program



The municipal administration sector continues to be a priority under the regional occupational health program. Thus, in 2004, seven of the 14 municipalities were visited to assess risks to the workers' health and write up a report recommending the appropriate preventive measures.

In the context of the application of the integrated provincial action program, we were able to print the English version of a document containing information on biological

hazards, intended for police officers, firefighters and correctional services officers. In collaboration with the Kativik Regional Police Force (KRPF), the translated document was distributed to the police officers of the 14 police stations in Nunavik. Moreover, French and English versions of a video on the prevention of biological hazards related to police work were distributed. The sewage workers of Kangiqsualujjuaq, Kuujjuaq and Tasiujaq also received information on the prevention of work-related biological hazards.

A procedure for the management of the prevention of SARS and other infectious acute respiratory diseases was drawn up and presented to the administrators of both Nunavik health centres. A program for respiratory protection is included in the procedure. In this context, we ensured the setup of a negative-pressure chamber in each of the two health centres and checked that both were functional.

The regional team also responded to several local requests during the year.

ENVIRONMENTAL HEALTH

Several actions in environmental health overlap the occupational health sector. One example was the assessment performed in a day-care centre pursuant to a report of potential exposure to hydrocarbon fumes. In that case, both the children and the workers were exposed. Other examples were the investigation of the presence of mould in the workplace and a problem involving air quality in the workers' environment.



PREVENTION

IMMUNIZATION

The training on updates to the Québec immunization protocol was offered to the region's vaccinators. Furthermore, communication and teaching tools were developed to help the CLSCs vaccinators improve their knowledge on the topic.

After receiving scientific advice from the Québec immunization committee to the effect that the systematic vaccination of Nunavik newborns with the BCG vaccine should cease, we recommended that the region's interveners stop the administration of the BCG, except for the community of Umiujaq, where an outbreak of active tuberculosis was in effect. Administration of that vaccine in Umiujaq will cease once the outbreak is under control.

BREAST-CANCER SCREENING



The Québec program for breast-cancer screening (PQDCS) is a provincial program that is to be implemented in all the administrative health regions of Québec. Its principal objective is to obtain a participation rate of 70% to reduce breast-cancer mortality by at least 25% in 10 years. That screening is important since the best way to prevent the development of breast cancer is to detect tumours rapidly, which, in general, is possible during a screening mammography.

The first PQDCS campaign was launched in Nunavik in the fall of 2004, during the Inuit health survey. The INSPQ's portable mammography unit was installed on board the *Amundsen*, the Canadian research icebreaker that visited the 14 Nunavik communities for the purposes of the survey.

Women aged 50 to 69 years with no history of breast cancer were invited on board the ship to undergo a mammography. Once eligible for the program, the women will be invited to undergo a screening mammography every two years.



The table below presents a summary of the principal results obtained during this first breast-cancer screening campaign:

PQDCS Results, Nunavik, Fall 2004

	Hudson	Ungava	TOTAL
No. of mammographies performed	175	136	311
No. of abnormal results	9	8	17
% of abnormal results	5	6	5
Participation rate (%)	70	71	71

These preliminary results are very encouraging for the region, as the participation rate for the entire province of Québec was only of 47%, compared to 71% for Nunavik. The efforts of all the nurses and personnel involved in the program in each of the villages proved fruitful.

Moreover, for a first screening mammography, roughly 14% of all Québec women registered under the PQDCS obtained an abnormal result. That rate was only of 5% for Nunavik.

The next PQDCS campaign in Nunavik should start in the spring of 2006.

FOETAL ALCOHOL SYNDROME (FAS)

We completed the tour of Nunavik communities by offering training on FAS in the seven communities where the training was not provided in 2003-2004. We favoured the participation of the Inuit counterpart who had been trained the previous year.

In March 2005, the Department of Public Health organized a regional symposium on FAS. Thanks to funding from Health Canada, all the regional leaders of the various sectors, including the physicians and workers in the Nunavik health and social service sector, were invited to attend the two-day event. The symposium's goal was to improve knowledge on how to prevent FAS, the management





of children with FAS and support for families and interveners. Close to 50 persons attended the various activities.

Finally, we continued supporting research toward the production of tools, specific to Nunavik, for screening pregnant women at risk and for diagnosing children with FAS. Those tools should be available in 2005-2006.

REGIONAL CANCER PROGRAM

The RDPH participated in the work of the regional cancer committee. Moreover, during the mammography session for women aged 50 to 69 years, a cervical-cancer screening test (Pap test) was offered to them. The Pap test is also scheduled to be offered during upcoming breast-cancer screening sessions, in collaboration with the interveners of both institutions.

HEALTH PROMOTION

As in years past, the RDPH carried out several activities in health promotion.:

INFECTIOUS DISEASES

The regular health promotion activities in regards to certain infectious diseases—trichinellosis, botulism and rabies—were carried out using various media.

HIV and AIDS

Activities were held in several communities on World AIDS Day. Unfortunately, due to financial constraints preventing us from hiring an intervener for the STD file during the year, the regional plan of action on STDs and HIV could not be updated.

SMOKING

The smoking portfolio was the object of a large number of activities during 2004-2005. Among these were the regional *Quit to Win* Challenge, held from March 1 to April 11, 2005. Once again this year, participation was excellent: 256 young persons aged 8 to 17 years (of whom 166 were smokers) and 594 adults (of whom 97 were smokers) registered for the regional challenge. Although the total number of participants was slightly lower than that of the previous year, we were able to maintain a participation rate that was clearly higher than that of the rest of the province. Next year, we intend to evaluate the effectiveness of the challenge in contributing to smoking cessation in Nunavik.

We conducted a promotional campaign aimed at smoking cessation. Several media were used and the tools were developed within the region. That campaign should continue next year.

We also continued the training program for young smoking-cessation counsellors, hoping they will become more active in cessation activities during the coming months.



DIABETES

We worked at developing a teaching guide for the clinical personnel. The guidebook was submitted to the CLSCs for revision and approval, and the final version should be printed in the spring of 2005. Sheets intended for the patients, which accompany the guidebook, were deemed too complex and difficult to read. We will therefore need to review the information and the method in which the messages will be conveyed, perhaps using simpler text accompanied by images.

A cookbook favouring healthy nutrition was developed in collaboration with the regional nutritionist. We are presently including images in the book to make it more attractive and to facilitate use of the recipes. It will be published in Inuktitut and English over the coming year.

The monitoring program is currently being implemented. The first step was completed with the acceptance, by the personnel of the Ungava Tulattavik Health Centre, of a list of patients for the Ungava communities. A nurse is in charge of maintaining that list. Furthermore, to facilitate the task of the clinical personnel, we intend to develop a virtual file from the database located at the Tulattavik Health Centre. All the medical personnel will then be able to access the database.

The diabetes challenge, a project of the Inuulitsivik Health Centre in Puvirnituk, was repeated for the second year. A session was held in the winter of 2005 for the diabetic patients, including a fitness program, a nutrition component and monitoring of blood pressure and weight.

In collaboration with Carmen Savoie, nurse at the Tasiujaq CLSC, we are developing a program aimed at promoting healthy lifestyles, which will include cooking classes, a space for fitness training, a weight-loss program and monitoring of blood pressure. All the village's inhabitants appear to be taking health seriously and getting involved in the various existing committees. What remains is for us to meet them for discussions and provide them with materials for the fitness centre.

Some nurses received training on diabetes, through either the CHUM or Diabète Québec. It was difficult to find an appropriate training formula for the personnel of the Inuulitsivik Health Centre. At present, the nurses trained through Diabète Québec receive a two-day training on diabetes in general, whereas those trained through the CHUM receive a four-day training specific to type 2 diabetes.



NUTRITION

The RDPH is involved in carrying out the pilot project for postal subsidies in the community of Kangiqsujuaq. This multi-component project, which includes a subsidy for postal fees, education on nutrition, posters in the stores, etc., is presently in the evaluation phase. According to the preliminary data, it appears that the participation rate in Kangiqsujuaq is better than those obtained in the other pilot communities—Fort Severn in Ontario and Kuugaruk in Nunavut. Moreover, changes have been noted in eating habits and the adoption of healthy lifestyles. The project appears to have had an impact on the community's food safety. A final survey is planned for the spring of 2005, upon the community's approval.

Through the regional nutrition and health committee, the Department of Public Health participates in work involving research on and promotion of traditional foods.

DENTAL HEALTH

The year 2004-2005 saw the consolidation of the preventive dental-services team through the hiring of three new dental hygienists. This new energy enabled the startup of two projects aimed at reducing dental cavities among preschool children.

The first project was in regards to the prevention of cavities before its onset, thanks to fluoride varnishing among younger children, mainly those attending daycare. Analysis of the project's preliminary data revealed that close to three quarters of the children accepted fluoride varnishing and nearly all the parents were prepared to return for further varnishing for their children. Similar numbers of the children stated having brushed their teeth the previous day with fluoride toothpaste. Although no formal information was gathered on this topic, it seems the daycares are greatly involved in developing that habit.

A second project consisted of a promotional campaign for dental health among Nunavik children. A contest is presently open in all the daycares for an original nursery rhyme created in Nunavik. That rhyme will serve as the backdrop for a radio campaign planned for the fall of 2005 and which could be repeated over the next three years.



Finally, we should mention the work of the dental hygienists, who meet with the students, mostly in the elementary grades, to provide them with care instructions and topical fluoride, and see to the application of pits and fissures sealant.

PHYSICAL ACTIVITY



As in the past, we again worked with the Kativik Regional Government and its recreation department. The Kino-Québec subsidy, which is transferred to the KRG, serves primarily for the organization of hockey tournaments, paying for advertising costs and carrying out certain summer activities. At the NRBHSS, we also tried out pedometers to encourage the personnel to walk.

The *Fun on Ice* program did not meet with the expected success. We did not receive any registrations in spite of follow-ups with the municipalities and English translation of the related documents. This program should be revised in the specific context of Nunavik.

For the 2005 *Active School* contest, we received only one application, that of the Kangiqsujuaq school. The program's \$3 000 subsidy was therefore granted entirely to that school. That amount will serve towards the purchase of a cold room to store foods for the cooking classes for the group following an individualized path.

MULTI-FACTOR ACTION PROJECTS

The Department of Public Health is working on the planning for two major, multi-factor action projects for health promotion:





Healthy Schools Project

The Department of Public Health took the first steps towards the future implementation of the *Healthy Schools* project in Nunavik schools. The assistant to the Director of Public Health was appointed project leader, and pertinent documentation has been gathered. The training for the project leader, originally scheduled for the spring of 2005, had to be postponed until the fall. After that training, we plan to intensify the procedures in view of starting up the project in some pilot schools.

Action Project in Daycare Centres

The Department of Public Health participated in the activities of a working group that aims to implement a multi-factor action project in Nunavik daycares. That project's objective is to favour the child's optimal development by intervening early in life. The project is meant to include several factors and will touch on physical health as much as psychosocial health, nutrition and mental health. The project is relying above all on the human resources currently available within the Nunavik daycare network.

A concrete proposal should emerge over the coming year. To find the necessary funding, the Lucie et André Chagnon Foundation has been approached. The Director of Public Health was invited to present the health profile of Nunavik children to the foundation's personnel. Follow-up is expected during the coming year.

SURVEILLANCE – INFORMATION

STATUTORY REPORT AND OTHER REPORTS

The 2004 MADO report as well as the study of mortality records for 2002 and 2003 were carried out. For information purposes, below are the principal results of the study on the causes of mortality for 2003:

Cause of mortality	Suicide	Homicide	Accident	Infection	Tumour	Cardiovascular	Respiratory	Perinatal	Other	TOTAL
Number	15	2	17	2	12	5	15	5	6	79

These results reveal that suicides, trauma injuries (accidents), respiratory problems and tumours were the principal causes of mortality in Nunavik for 2003.

Furthermore, in the context of the NRBHSS strategic plan of action, the Department of Public Health produced an abridged version of the Nunavik population's overall health profile, which was used in defining the regional priorities.

ACCOMPLISHMENTS AND/OR PARTICIPATION IN REGIONAL SURVEYS

Nunavik Inuit Health Survey

The survey on the Nunavik general population's health, *Qanuippitaa?* (How are we doing?), was conducted over a period of six weeks, from the end of August to early October 2004. All the communities were visited. The participation rate among the families and individuals selected at random to participate in the survey was satisfactory with close to 60% in the various categories. No unfortunate incident was reported. The communities extended a very warm welcome.

As planned in the schedule, the validation of the questionnaires and the start of data analysis should begin during fiscal 2005-2006. We expect the preliminary results of the Nunavik population's health to be available in the fall of 2005. The Nunavik population will be the first to be informed, whereas the very first results will be made public at the NRBHSS annual general meeting in October 2005.



Note that on an individual basis, the persons who agreed to undergo clinical tests during the survey have already been informed of their personal results. Those with abnormal results were invited to consult the CLSCs personnel for the appropriate follow-up.

In relation to the health survey, the majority of the participants agreed to participate in the cohort study on chronic health problems afflicting the Inuit populations of several countries. Basic data were therefore gathered during the survey. We plan on contacting the participants at a later time (approximately seven years later) to gauge their state of health anew.

SHARED MONITORING PLAN

In accordance with the *Public Health Act*, a shared plan for the monitoring of the population's health for all of Québec was developed. For Nunavik and the other remote northern regions, this shared monitoring plan could prove difficult to apply, given the scarce resources available and the small populations whose demographic, social and cultural characteristics are very different from those of the rest of the province.

Application of this monitoring plan therefore requires adaptations for certain regions. That is why the Nunavik Department of Public Health is working in collaboration with its counterpart from the Cree Nation of James Bay, as well as with the INSPQ, to adapt this shared monitoring plan to our administrative health regions.

The shared monitoring plan adapted to northern regions will deal first with the difficulties encountered relative to the availability and validity of certain data sources, the pertinence of certain indicators and the necessity of adding new ones. The second section will cover the methodological problems relative to the small numbers of individuals making up these populations, both in calculating indicators and in the need to protect confidentiality. The third part will concern the distribution of data as well as the method of presenting and circulating the information.

This adapted plan will prove to be a precious tool for monitoring the Nunavik population's state of health over the coming years.

CIRCUMPOLAR MONITORING

The circumpolar network for the monitoring of reportable, invasive bacterial diseases held an important meeting in December 2004 in Montréal. A summary of the monitoring activities and results was presented. Concerning Nunavik, a drop in the number of invasive pneumococcal diseases has been noted since the mass vaccination campaign with the 23-valent vaccine in the spring of 2002 and the introduction of the conjugated 7-valent vaccine into the regular schedule for young children. Discussions were held to modify the elements gathered and transmitted at the international level to ensure respect of the new legislative frameworks applicable in Québec in matters of health monitoring. Thus, certain nominative and demographic variables will no longer be sent. Moreover, the Québec Public Health Laboratory will not send any information directly to the circumpolar network. The relevant laboratory elements will be transmitted by participating public health authorities.



RESEARCH AND EVALUATION

EVALUATION OF THE PROGRAM FOR THE PREVENTION OF CONGENITAL TOXOPLASMOSIS

We set up a team consisting of research physicians of the Montréal General Hospital, the INSPQ and the CHUL to evaluate this program. Nunavik is the only region in Québec and Canada that has implemented such a screening and action program. The effectiveness and pertinence of that measure are under examination. After a delay of several months due to difficulties in accessing essential data, the working group is active once again.

OTHER RESEARCH

The project for evaluating the impact of the mass vaccination campaign against pneumococcus recently held in Nunavik is under way. The Department of Public Health is collaborating in that project with researchers from the Laval University.

The Department of Public Health is also participating in several other research projects, notably in the field of nutrition, health and contaminants.

WEB SITE UPDATE

The RDPH maintains its Web site, which is accessible both to the general public and to the interveners of both institutions.

REPRESENTATION

PARTICIPATION IN COMMITTEES AND WORKING GROUPS

The members of the RDPH participated in the work of several committees and working groups at the regional, provincial and national levels, including:

REGIONAL

- Clinical Prevention Committee
- Nutrition and Health Committee
- Regional Dental Health Committee
- Regional Cancer Committee



PROVINCIAL AND NATIONAL

- National issue table on infectious diseases
- National issue table on public health
- Provincial committee of occupational health nurses
- Provincial Tuberculosis Committee
- etc.

ADVISORY COMMITTEE ON THE STRATEGIC PLAN

In response to a request from the Health Minister, the NRBHSS was mandated to develop a regional strategic plan of action for the health and social service sector for the next five years. A consultant was hired for that purpose.

The Department of Public Health participated very actively in the establishment of the strategic plan: participation in meetings of the advisory committee, presentation of the Nunavik population's summary health profile, coordination of the process (after appointment of the new Executive Director), etc.

CONCLUSION

Some initiatives, the foundations for which were laid during 2004-2005, will closely guide the actions of the Department of Public Health over the coming years. These include the start of planning for projects such as *Healthy Schools* and the multi-factor action project in daycares. These projects will enable us to influence a multitude of factors while making the most of the synergetic effect of the various actions.

Moreover, within the process of defining the regional strategic plan of action, we have laid the foundations for our future development, centred on actions encouraging community development. For that purpose, we anticipate developing the public health network at the local and subregional levels, to ensure that we are closer to the population's realities. We would like to see the network of community health agents developed within each community, as well as a local well-being committee. Those two entities must be closely tied to the health and social service sector to enable the communities to have their needs known and become better involved in the definition of solutions.

Finally, the unveiling of important new data on the population's state of health, expected in the fall of 2005, should inform us of the evolution of that state of health over the past 15 years and enable us to adjust the priorities in the health and social service sector according to that new reality.



ADMINISTRATIVE SERVICES

MESSAGE FROM THE ACTING DIRECTOR

Silas Watt



I started working for the Nunavik Regional Board of Health and Social Services in February of 1999 as a senior accounting clerk, and then moved on to become a financial management agent. Since then, I have witnessed many changes and seen various challenges overcome.

After having participated in many training sessions within the health system, on December 4, 2004, I was appointed assistant to the Administrative Services Director. Soon, upon the departure of the previous Director, Jean-François Racine, in February, I was asked to take on his position on a temporary basis, which I accepted.

With six years of experience in this challenging and changing environment, I feel not only honoured but also prepared to be a part of our organization's management team, as the Acting Director of Administrative Services.

Many challenges are still ahead of us, which will affect the services for the population. Among these are our limited financial and human resources. However, through teamwork, I believe that these obstacles can be overcome and that great things can be achieved. With this in mind, I plan to put in a lot of effort in creating an atmosphere that will foster teamwork between my department's staff and management, which I believe will enable us to succeed in our efforts to better serve the population of Nunavik.



ADMINISTRATIVE SERVICES

The Department of Administrative Services' main responsibilities are the allocation and management of the regional budget, planning of human resources, management of information resources and management of fixed asset for both the NRBHSS and the region's two health centres. While carrying out these activities, the Department ensures that the policies and procedures established by the Québec health network are respected.

At the regional level, the department is responsible for regional credit allocations, as well as for follow-up in terms of the health centres' financial results. In order for the operating deficit of both establishments to be financed, the Department also manages borrowing authority. Activities in regards to fixed-assets management include the budget allocation and distribution for renovations and building maintenance of both establishments, as well as for the replacement of medical and specialized equipment.

At the organizational level, the department is responsible for the NRBHSS operating budget, financial management of the provincial and federal assigned funds, the distribution of fixed assets, as well as for community organizations budgets. The Department is also responsible for the maintenance and operation of 35 staff housing units, as well as the NRBHSS' office building.

The Department of Administrative Services also has the responsibility of managing the regional administrative services provided to the health centres. Due to many concerns raised by both the health centres in regards to the pooled services in areas of accounting, purchasing, payroll, technical services and human resources, a consultant was hired to evaluate these services. Following the consultant's evaluation results and recommendations, discussions took place concerning the decentralization of these services.

The Department has many responsibilities and it is apparent that it needs to be restructured according to its various activities. A plan will be prepared in the following year to address this issue.



FINANCIAL RESOURCES

THE REGIONAL BUDGET (MSSS)

The MSSS allocated total credits of \$77.1 million for the region, which were distributed by the Administrative Services as follows:

2004-2005 ALLOCATIONS	\$ Millions
ESTABLISHMENTS	
Inuulitsivik Health Centre	\$34.3
Ungava Tulattavik Health Centre	\$27.7
NRBHSS ASSIGNED FUNDS	
Insured and non-insured health benefits	\$8.8
Others	\$0.8
COMMUNITY ORGANIZATIONS	
Youth centres	\$3.3
Others	\$2.2
TOTAL TRANSFERS	\$77.1

During 2004-2005, the MSSS announced a recurrent increase of \$16.8 million in the operating budgets of both establishments, part of which is for insured and non-insured health benefits, as well as the development of specific projects.

An important development was also accomplished in the file of insured and non-insured health benefits with the MSSS. The MSSS increased this budget by \$8.8 million, bringing the total budget to \$16.7 million. More importantly, this budget will be adjustable in order for the total cost to be fully financed. A management agreement framework will be signed between the MSSS, the establishments and the NRBHSS specifying the application details, funding details and admissible expenses.

For the 2004-2005 fiscal year, the MSSS authorized an operating deficit of \$7.5 million for both establishments. However, it is expected that the deficit will be significantly larger than the authorized deficit.



With the collaboration of both establishments, the Executive Management Department produced a strategic plan, which was to be submitted to the MSSS in order to better develop the services for the region. This plan includes additional funding request.

Deficit Situation

The MSSS recognized and acknowledged the high cost of operations for the establishments. For that reason, \$27.3 million of the 2003-2004 total accumulated deficits of \$63 million were reimbursed in 2004-2005. Of that amount received for the payment of the deficit, \$23.3 million were applied to the insured and non-insured health benefits costs, and the other \$4 million to transportation. The remaining \$35.7 million of the accumulated deficit balance as of 2003-2004 will be subject to further discussions with the MSSS.

The accumulated deficit is financed through lines of credit authorized by the MSSS. The payment on the deficit should have a significant impact on the reduction of the cost of the interest charges incurred by both establishments.

THE NRBHSS' OPERATING BUDGET

The Department provides financial expertise to the other departments: Executive Management, Planning and Programming, and Public Health. During the year the Department managed the following funds:

Operating and Assigned Funds

The MSSS allocated a budget of \$3.7 million for the NRBHSS' operations. In addition to this operating budget, the NRBHSS also received and managed \$10 million in assigned funds for specific activities. These assigned funds were financed through two different sources of funding, one directly from the MSSS and the other from the regional budget.

Fixed-Assets Fund

The NRBHSS also transferred \$2.7 million for various fixed-assets projects such as the replacement of equipment, maintenance and renovations to its building, and medical equipment.

Federal Assigned Funds

Approximately \$5.1 million were received from the federal government. Unlike the provincial assigned funds, the contribution agreements with Health Canada and Indian and Northern Affairs are on a yearly basis. At the end of the year, the federal government recovers any balance not spent during the year.



HUMAN RESOURCES STATISTICS

As of March 31, 2005, the NRBHSS employed 13 full-time management officers. The NRBHSS also had 61 regular employees: 40 full-time and 1 part-time, and another 20 who occupied temporary full-time positions or were registered on the recall list. Of the NRBHSS' 74 employees, 18 were Inuit.

TECHNICAL SERVICES AND FIXED ASSETS

The MSSS granted funds for the construction of 12 housing units for the personnel of both health centres as well as 4 other units, the latter reserved for physicians. For its part, the Nunavik Regional Board of Health and Social Services sought funds for the construction of another 11 units. It also negotiated with the various municipalities concerned and their local landholding corporations to acquire lots for the housing units in question. Raft foundations were also prepared for these 27 housing units. The housing units are located as follows:

Inuulitsivik Health Centre:

- 2 housing units in Umiujaq
- 2 housing units in Inukjuak
- 7 housing units in Puvirnituq
- 2 housing units in Akulivik
- 1 housing unit in Ivujivik
- 1 housing unit in Salluit

Ungava Tulattavik Health Centre:

- 2 housing units in Tasiujaq
- 10 housing units in Kuujjuaq

At the beginning of fiscal 2004-2005, in the spring of 2004, the MSSS announced its approval of the functional and technical plan (FTP) in the amount of \$6 million for the construction of a new CLSC in Akulivik, scheduled to start in July 2005.

During the year, the inventory for the buildings of the NRBHSS and both health centres was updated and validated in relation with the SIGARSSS program.

Authorization was also received from the MSSS for an amount of \$731,479 to be used for assets maintenance and \$177,479 for equipment replacement for the region.

Finally, the MSSS granted a budget envelope of \$200,000 for CHSLD renovations (long-term beds) in the region.



INFORMATION SYSTEMS

TELEHEALTH

We acquired two mobile telehealth units to replace the obsolete equipment from the RQTE project. The new equipment will soon be in service at the Inuulitsivik and Ungava Tulattavik Health Centres. It will be dedicated to telemedicine and will thereby improve accessibility, as it requires much less physical space than the existing equipment. It will also be used for training sessions and other telemedicine sessions. With these new units, users will have access to specialists without having to travel to the tertiary centres.

Close to 200 management meetings were held during the year, for a total of nearly 900 videoconferencing hours. We made considerable economies thanks to the use of the videoconferencing equipment installed in the three establishments. Note that the same telehealth equipment is currently being used for diagnostics (cardiac, urological and abdominal ultrasound), medical consultations, ongoing training and administrative meetings.

Below is a summary of telehealth activities:

<u>2004-2005 Telehealth Activities</u>	<u>No. of Sessions Recorded</u>
Teleradiology	50
Tele-ultrasound	10
Telepsychiatry	8
Remote court appearances	4
Teletraining	8
Teleconsultations	10
Patient televisits	1
Administrative and professional teleconferences	190
Total number of sessions	281

We are hoping the MSSS will consider that telehealth could have positive impacts on the quality of the services offered to the populations of remote regions such as Nunavik.



MASTER PLAN

The regional master plan for information, telehealth and telecommunications systems, development of which began last year, should be submitted to the MSSS in July 2005. That plan will put emphasis on technological development in the region, particularly in relation to upgrading the satellite telecommunications network (RTSSmo) and the telehealth network. At the moment, the telecommunications links in the CLSC points of service are inadequate and threaten the planned or current deployment of client-information systems and administrative systems such as those of *Intégration CLSC*, telehealth, laboratory-information systems and so forth.

DIGITAL RADIOLOGY

The work at obtaining funding for the deployment of a digital-radiology system for the region's two health centres was completed successfully. The application for funding submitted to Health Canada under the PHCTF project was accepted and the contribution agreement was signed in August 2004. Implementation will begin in the summer of 2005. The funding of \$801,900 will be paid over a two-year period. An agreement with the radiology department of the McGill University Health Centre (MUHC) is presently being negotiated.

LABORATORY-INFORMATION SYSTEM

Deployment of the laboratory-information system was completed at the region's two health centres.

SECURITY

Application of the policy on security for information resources continued to evolve, and we will continue to inform the administrators while placing emphasis on the importance of security in all the health establishments of the region.

WEB SITE

The NRBHSS Web site is functional. You may access it at: www.rrsssl7.gouv.qc.ca. An Inuktitut version should be available shortly.





ANNEX

**NUNAVIK REGIONAL BOARD
OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES**

SUMMARY FINANCIAL REPORT

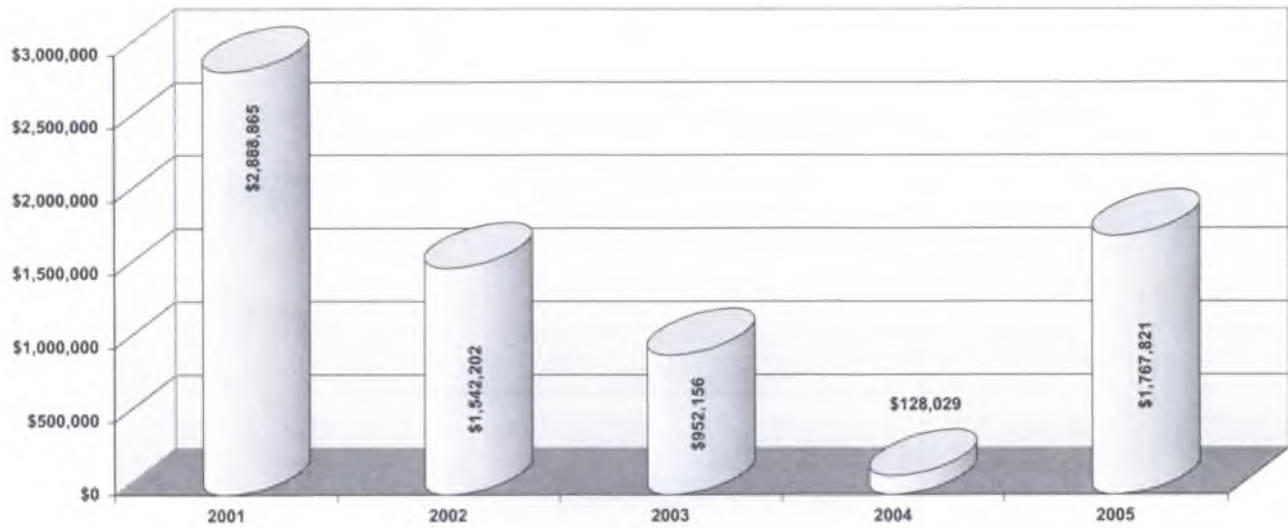
MARCH 31, 2005

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2005

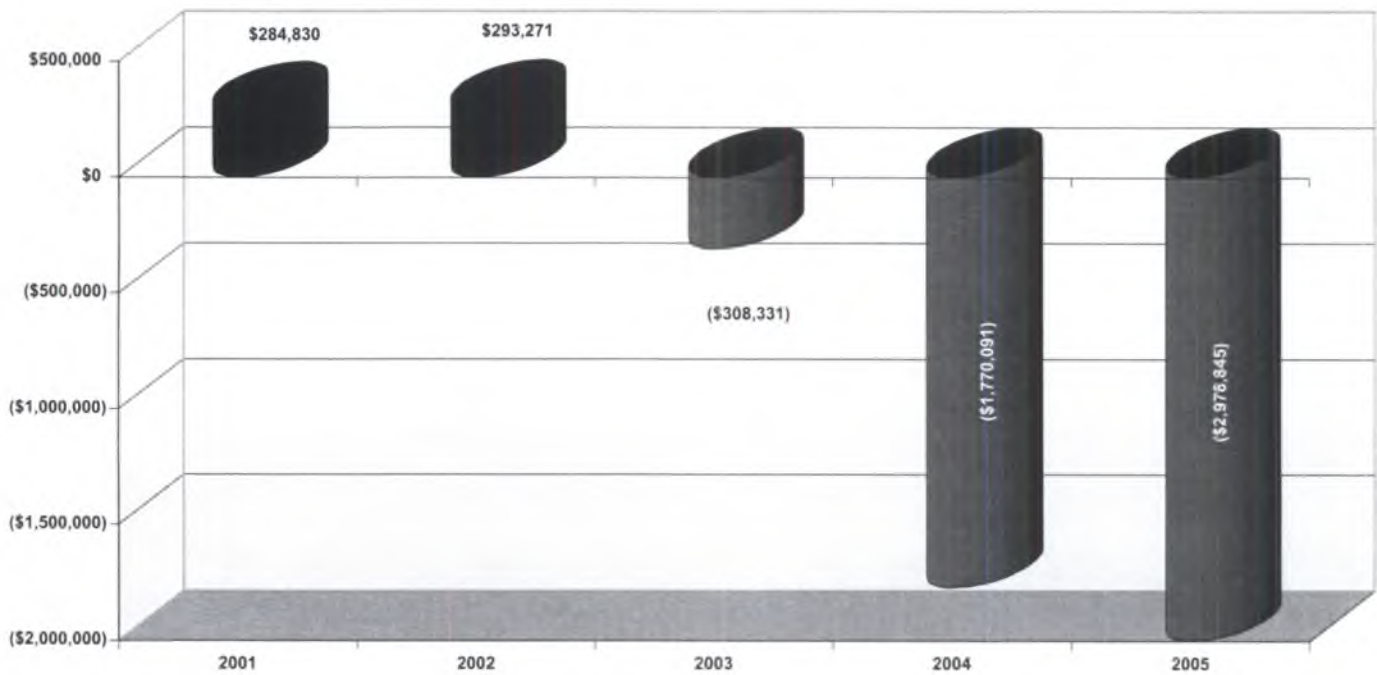
TABLE OF CONTENTS

	Page
 <u>PART I - SYNOPSIS REVIEW</u>	
 <u>PART II - SUMMARY FINANCIAL STATEMENTS</u>	
AUDITORS' REPORT	1
APPENDIX I	2
OPERATING FUND	
BALANCE SHEET	3
STATEMENT OF FUND BALANCE	4
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES	5
LONG-TERM ASSETS FUND	
BALANCE SHEET	6
STATEMENT OF FUND BALANCE	7
ASSIGNED FUND	
COMBINED BALANCE SHEET	8
STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE	9
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS	11

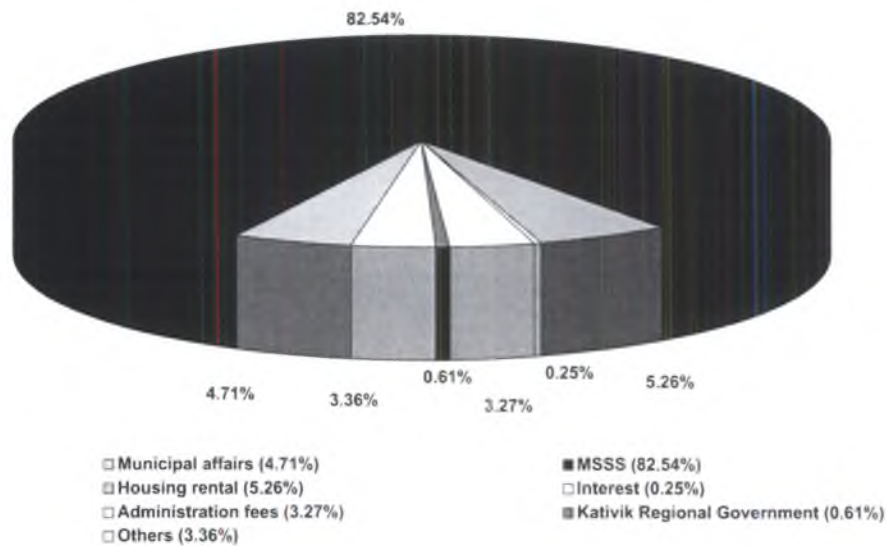
COMBINED CASH POSITION



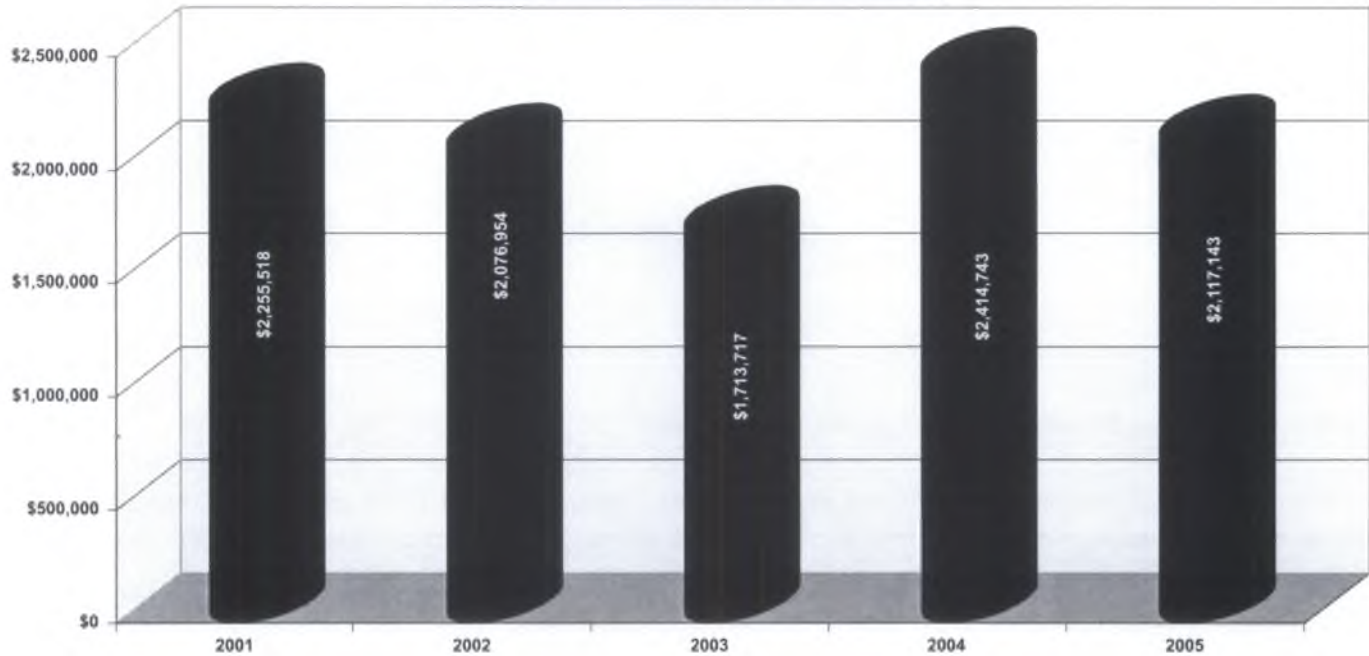
OPERATING FUND - FUND BALANCE



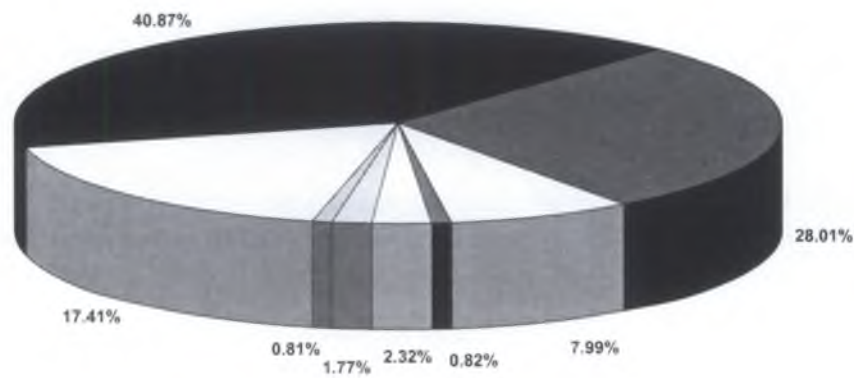
OPERATING FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



ASSIGNED FUND - COMBINED FUND BALANCE



ASSIGNED FUND - SOURCES OF REVENUE FOR THE YEAR



- | | |
|---|--|
| □ INAC (0.81%) | □ National Health and Welfare (17.41%) |
| ■ MSSS (40.87%) | ■ Corporation d'hébergement du Québec (28.01%) |
| □ Health Centres' contributions (7.99%) | ■ CSST (0.82%) |
| □ Kativik Regional Government (2.32%) | □ Others (1.77%) |

AUDITORS' REPORT (CONT'D)
APPENDIX I

Insured and Non-Insured Health Benefits

As described in note 8, due to the absence of the specific policies and procedures required for the administration of the Insured and Non-Insured Health Benefits, we were not able to complete the audit mandate of the Insured and Non-Insured Health Benefits.

Purchasing Procedures

As described in note 9, the Regional Board lacked the proper purchasing policies and procedures and purchases were conducted without contracts and /or tenders.



NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ASSETS		
CASH	633,459	-
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 a))	2,490,745	4,385,195
	3,124,204	4,385,195
LIABILITIES		
BANK OVERDRAFT	-	387,775
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	1,328,093	987,777
DUE TO ASSIGNED FUND	4,604,750	4,625,120
DEFERRED REVENUE (note 2)	170,206	154,614
	6,103,049	6,155,286
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	(2,978,845)	(1,770,091)
	(2,978,845)	(1,770,091)
	3,124,204	4,385,195

ON BEHALF OF THE BOARD:

_____, Member

_____, Member

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2005

	Budget 2005 \$	Actual 2005 \$	Actual 2004 \$
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	(1,770,091)	(1,770,091)	(308,331)
Adjustment - previous years	-	-	(63,369)
Excess (deficiency) of revenue over expenses	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)
FUND BALANCE - END OF YEAR	(2,378,851)	(2,978,845)	(1,770,091)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
OPERATING FUND
STATEMENT OF REVENUE AND EXPENSES
YEAR ENDED MARCH 31, 2005

	Budget 2005 \$	Actual 2005 \$	Actual 2004 \$
REVENUE			
Health and Social Services - Regular operations	3,657,001	3,575,399	3,579,511
Housing rental	256,725	226,730	230,069
Interest	5,000	10,903	26,217
Administration fees	108,977	141,056	120,077
Kativik Regional Government	51,741	26,210	59,730
Municipal affairs	197,076	202,988	192,015
Ungava Tulattavik Health Centre	71,300	66,496	-
Other income	113,000	78,536	125,539
	4,460,820	4,328,318	4,333,158
Deferred revenue - beginning of year	-	154,614	139,022
Deferred revenue - end of year	-	(170,206)	(154,614)
	-	(15,592)	(15,592)
	4,460,820	4,312,726	4,317,566
EXPENSES			
General administration	3,880,435	4,392,174	4,661,813
Community health advisors	699,998	632,895	573,733
Building operating costs	489,147	496,411	480,411
	5,069,580	5,521,480	5,715,957
EXCESS (DEFICIENCY) OF REVENUE OVER EXPENSES	(608,760)	(1,208,754)	(1,398,391)

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - BALANCE SHEET
MARCH 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ASSETS		
FIXED ASSETS		
Computer and office equipment	2,150,874	2,098,829
Housing units	5,808,703	5,808,703
Housing furniture	303,055	302,088
Office building	3,058,165	3,006,523
Specialized equipment	35,661	30,240
Vehicles	76,146	56,950
	11,432,604	11,303,333
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	11,432,604	11,303,333
	11,432,604	11,303,333

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
LONG-TERM ASSETS FUND - STATEMENT OF FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
FUND BALANCE - BEGINNING OF YEAR	11,303,333	10,833,524
Capital assets purchased through the Operating Fund	51,251	45,257
Capital assets purchased through the Assigned Fund	78,020	424,552
FUND BALANCE - END OF YEAR	11,432,604	11,303,333

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - COMBINED BALANCE SHEET
MARCH 31, 2005

	2005	2004
	\$	\$
ASSETS		
CURRENT ASSETS		
CASH	1,134,362	15,804
TERM DEPOSIT	-	500,000
INVENTORY	-	260,812
DUE FROM OPERATING FUND	4,604,750	4,625,120
ACCOUNTS RECEIVABLE (note 1 b))	34,389,868	28,136,550
PREPAID EXPENSES	-	13,325
	40,128,980	33,551,611
LIABILITIES		
CURRENT LIABILITIES		
BANK LOANS - CAPITAL (note 3)	1,407,772	2,271,378
ACCOUNTS PAYABLE AND ACCRUED CHARGES	6,629,558	5,902,454
TEMPORARY FINANCING	8,534,492	500,285
TRAINING RESERVE (note 4)	103,930	103,930
CURRENT PORTION OF BONDS PAYABLE (note 5)	6,849,073	5,317,127
	23,524,825	14,095,174
BONDS PAYABLE (note 5)	14,487,012	17,041,694
	38,011,837	31,136,868
FUND BALANCE		
FUND BALANCE	2,117,143	2,414,743
	2,117,143	2,414,743
	40,128,980	33,551,611

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2005

	Fund Balance Beginning of year \$	Revenue \$	Expenses \$	Fund Balance End of year \$
ADMINISTRATION				
Fixed assets - Capital	-	2,749,388	2,749,388	-
Managerial staff development	240,675	25,797	105,841	160,631
Insured/Non-Insured Health Benefits Program	-	8,527,342	8,527,342	-
Community network - Nunavik youth	75,545	691,044	553,927	212,662
Computer system implementation	14,790	-	-	14,790
Housing construction	-	6,621,000	6,339,688	281,312
PACS - Teleradiology	-	801,900	821,169	(19,269)
MEO technology orientation	29,291	-	-	29,291
Strategic planning	(59,195)	110,000	120,355	(69,550)
Technocentre	-	165,196	165,196	-
Regional administrative services	-	2,523,152	2,523,152	-
Insured/non-insured health benefits management	-	250,000	307,390	(57,390)
	301,106	22,464,819	22,213,448	552,477
PUBLIC HEALTH				
Occupational Health and Safety	143,274	240,773	350,181	33,866
Kino-Quebec	895	35,600	8,449	28,046
Smoking Action Plan	(1,443)	8,292	88,286	(81,437)
Nutrition Program	(980)	13,121	46,490	(34,349)
Food Safety Project	77,496	32,700	1,800	108,396
Breast Cancer Screening Program - Regional	49,201	-	184,954	(135,753)
NCP coordination	16,047	-	-	16,047
Quebec Smoking Cessation Program	8,169	-	3,256	4,913
Non-smoking advertising campaign	-	-	-	-
Butt out to win	1,643	600	-	2,243
Non-smoking Advertising Campaign	(2,165)	43,000	15,196	25,639
Tobacco Federal Program	(79)	98,500	97,793	628
NNHC Communication	31,883	30,033	12,277	49,639
FAS	710	150,360	158,990	(7,920)
Injury prevention research	10,000	-	-	10,000
AIDS and STD - Information and prevention	128,654	-	87,265	41,389
HIV and STD - Risk groups	29,398	-	-	29,398
Hepatitis C	6,035	-	-	6,035
Vaccines B - Sec. 5	(9,302)	50,172	9,851	31,019
Perinatal global services	33,570	-	340	33,230
Promotion campaign	-	87,869	77,189	10,680
Nunavik Contaminant Tour	454	-	-	454
Climate changes and health	16,184	23,737	2,358	37,563
Inuit health survey	43,010	75,000	6,808	111,202
HIV and STD testing and prevention	19,479	-	650	18,829
Public Health Subsidy	115,465	-	119,255	(3,790)
Diabetes	(19,402)	195,435	197,857	(21,824)
Breast-feeding campaign	8,404	-	-	8,404
	706,600	1,085,192	1,469,245	322,547

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
ASSIGNED FUND - STATEMENT OF COMBINED FUND BALANCE
YEAR ENDED MARCH 31, 2005

	Fund Balance Beginning of year \$	Revenue \$	Expenses \$	Fund Balance End of year \$
PLANNING AND PROGRAMMING				
Midwifery Program	23,960	40,000	8,123	55,837
Home care	130,556	-	66,639	63,917
OPHQ Transfer	1,082	-	-	1,082
Other programs	13,754	-	1,035	12,719
Family support	(27,285)	-	-	(27,285)
Youth protection	4,528	-	9,990	(5,462)
Regional priorities	(44,912)	-	75,162	(120,074)
Regional youth priority	-	-	-	-
Health and Social Services - Training	(8,847)	-	-	(8,847)
Home and community care	(109,528)	2,025,678	1,936,534	(20,384)
Home and community care - Construction	-	-	-	-
Summer training and employment	17,962	-	109,345	(91,383)
Community Participation Plan	(3,446)	307,004	157,197	146,361
External residency in family medicine	(6,375)	-	62,683	(69,058)
Installation premium - Training bursary	13,541	451,602	280,496	184,647
Organization of services - Nursing	120,000	-	120,000	-
FAE	(36,624)	56,640	66,009	(45,993)
Managers and workers adaptation	-	43,365	55,514	(12,149)
Mental Health	-	-	-	-
Alcohol and drug abuse prevention	86,371	-	90,480	(4,109)
Cancer	110,688	60,000	7,486	163,202
Suicide prevention	137,411	5,986	67,853	75,544
Services to elders	(5)	-	1,008	(1,013)
Mental Health	153,089	-	29,926	123,163
Abortion Intervention Program	52,657	-	-	52,657
Intellectual and physical deficiency	272,462	-	21,309	251,153
Specialized supplies - Handicapped persons	23,121	-	-	23,121
Young parents	163,733	-	143,023	20,710
Services improvement - Physical deficiency	13,585	-	-	13,585
Priority goals - Mental Health	43,215	-	43,605	(390)
Tapiriliniq committee	-	-	-	-
Alternative measures	126,536	-	-	126,536
Violence against women	-	-	9,026	(9,026)
Family violence	(22,559)	169,200	144,669	1,972
Disabled adults care	(6,576)	25,744	29,889	(10,721)
Nutritional Program	75,137	210,379	208,272	77,244
Community Mental Health	8,883	739,990	661,884	86,989
Emergency measures	(26,885)	677,145	570,806	79,454
Brighter Futures	44,992	980,648	950,924	74,716
School-age speech pathology	44,530	-	24,023	20,507
Development problems	18,286	-	5,389	12,897
	1,407,037	5,793,381	5,958,299	1,242,119
	2,414,743	29,343,392	29,640,992	2,117,143

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2005

I. GRANTS RECEIVABLE

	2005 \$	2004 \$
a) Operating Fund		
Health and social services	114,637	74,538
Employee advances	16,077	17,438
GST/QST rebates	224,022	299,441
Inuulitsivik Health Centre	2,274,501	2,970,052
Ungava Tulattavik Health Centre	543,778	1,104,483
Indian and Northern Affairs Canada	3,617	3,617
Interest receivable	-	512
Others	423,339	351,519
	3,599,971	4,821,600
Provision for bad debts - operating fund	(448,620)	(273,985)
Provision for bad debts - assigned fund	(660,606)	(162,420)
	2,490,745	4,385,195
b) Assigned Fund		
Indian and Northern Affairs Canada	20,179	208,240
Health Canada	3,329,260	1,808,621
Health and social services	561,086	634,510
Health and social services - Bonds	17,041,693	18,948,620
Corporation d'hébergement du Québec	13,067,664	6,181,864
Kativik Regional Government	230,651	52,491
Secrétariat général du secteur de la santé et des services sociaux	-	120,000
Others	139,335	182,204
	34,389,868	28,136,550

2. DEFERRED REVENUE

The deferred revenue is composed of the following:

	\$
Advance from the capital fund with no related claim	139,022
Health and social services - Kino-Québec	31,184
	170,206

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2005

3. BANK LOANS - LONG-TERM ASSETS FUND

The bank loans are used to cover capital expenses, awaiting the reception of the funds from the Corporation d'hébergement du Québec. They are composed of thirteen (13) revolving authorized credit margins with the Canadian Imperial Bank of Commerce, bearing interest at prime rate and maturing at different dates.

4. TRAINING RESERVE

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services created a training reserve. Funds are set aside under the Brighter Futures and the community mental health programs, to provide training to the workers in these programs. As of March 31, 2005 the total amount of the training reserve is \$ 103,930.

The intent is to set up correspondence courses in collaboration with other Nunavik organizations, this training should lead to a college degree. An agreement with the Native Training Institute of Quebec has been signed to carry out this training program.

5. BONDS PAYABLE

The details of the bonds payable are as follows:

	\$
Bonds, issued April 1, 2000, for the financing of the long-term assets, bearing interest at variable rate and maturing on March 31, 2023.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	7,406,472
Bonds, issued October 20, 2000, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.323% and maturing on June 1, 2006.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	2,021,124
Bonds, issued March 30, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	739,116
Bonds, issued March 31, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 6.118% and maturing on December 1, 2015.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	1,131,228
Bonds, issued March 30, 2001, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 5.548% and maturing on October 1, 2007.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	70,971

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2005

5. BONDS PAYABLE (CONT'D)

	\$
Bonds, issued June 16, 2003, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 4.264% and maturing on December 1, 2008.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	4,984,976
 Bonds, issued June 16, 2003, for the financing of the long-term assets, bearing interest at 4.264% and maturing on December 1, 2008.	
The related interest is payable on a semi annual basis;	687,806
 Refinanced amount with no specific terms or maturity date. Terms and conditions to be determined in 2005-2006.	4,294,392
	21,336,085
Less: current portion	6,849,073
	14,487,012

6. TRANSACTIONS WITH THE ESTABLISHMENTS

The transactions, receivables and payables, with the Inuulitsivik Health Centre were not reconciled and balanced at year-end. The variance related to the accounts receivable is part of the allowance for doubtful accounts. The transactions with the Ungava Tulattavik Health Centre could not be validated since the audit of the establishment was not complete at the time of issuance of the present financial statements.

7. PREVIOUS YEARS' ANALYSIS

The MSSS analysis of the 2003-2004 financial report was not available at the time of issuance of the present financial statements. Any adjustments resulting from this analysis will be reflected in the 2005-2006 financial statements.

8. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS

The Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) did not sign a specific agreement with MSSS in relation to the insured and non-insured health benefits (INIHB). The only available document is a reference framework dated December 12, 2004.

NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
NOTES TO FINANCIAL STATEMENTS
MARCH 31, 2005

8. INSURED AND NON-INSURED HEALTH BENEFITS (CONT'D)

Based on this document, the NRBHSS had the direct responsibility for the management of the INIHB and its related funds. For this purpose, the NRBHSS was to elaborate, approve and implement specific policies and procedures for the administration of the program.

However, such policies and procedures did not exist during the 2004-2005 financial year. Only an update of the patients' transportation policy was approved during the year. This policy does not cover all the specific criteria of the INIHB and it is followed and applied only in part. Furthermore, the funds received by the NRBHSS for the INIHB were transferred to the establishments in total without any conditions or guidelines.

Due to the absence of the policies and procedures, the specific audit mandate related to INIHB could not be conducted on the majority of the activities and funds related to INIHB.

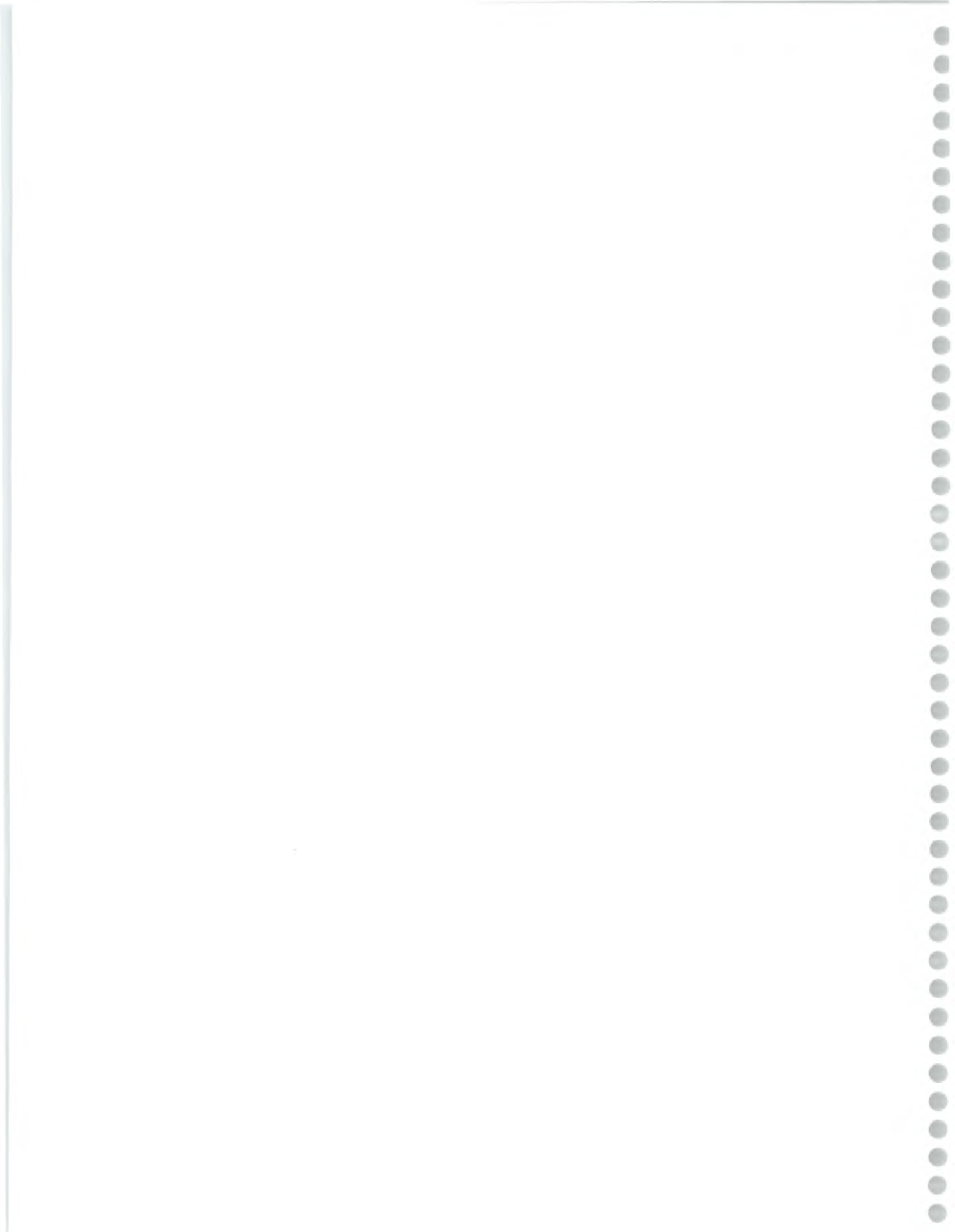
Only the portion of the program related to eyeglasses, dental prosthesis as well as medications, medical supplies and equipment outside the region was subject to a special audit. This portion represents about 3% of the total cost of the INIHB. Following is the outcome of this audit:

- the related policies and procedures of Health Canada are followed and applied. A derived draft policy of the NRBHSS was available but no proof of its approval by the Board;
- all expenses could be traced to patients' names on the beneficiaries list;
- since 2004-2005 is the first year of application of the INIHB, no historical data was available. It was however clear that eyeglasses and dental prosthesis were claimed only once by the same patient;
- the disbursements related to medications outside the region were not always in line with the list of approved medications of Health Canada. The list of medications of the RAMQ was also used at times;
- it was not evident that generic medications were favored at all times.

9. PURCHASING PROCEDURES

The Regional board does not have approved purchasing policies and procedures and certain purchases were conducted without any calls for tender despite their high cost and most of the service purchases were not supported by valid contracts.

Furthermore, in most cases, the proof of approval by the director or the person in charge of the budget was not available for the suppliers' invoices prior to processing.





ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ
Direction générale
Executive Management

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ 30, 2005

Au 30 septembre 2005

As of September 30, 2005



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Jeannie May

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

Directrice générale

Executive Director

jeannie.may@ssss.gouv.qc.ca



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Helen Dion

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

Attachée d'administration

Administrative Agent

helen.dion@ssss.gouv.qc.ca



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Candace Ikey

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

Secrétaire de direction

Executive Secretary

candace.ikey@ssss.gouv.qc.ca



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Nicolas Baltazar

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

(ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ)

Spécialiste en communication

(français/anglais)

Communication Specialist

(French/English)

nicolas_baltazar@ssss.gouv.qc.ca



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Johnny Angma

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

(ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ)

Spécialiste en communication

(inuktitut/anglais)

Communication Specialist

(Inuktitut/English)

johnny.angma@ssss.gouv.qc.ca



ᑲᑲᑦᑲᑦ / Annie Gérardin

ᑲᑲᑦᑲᑦᑲᑦᑲᑦ

Agente d'information

Information Officer

annie.gerardin@ssss.gouv.qc.ca

ᐸᓐᓂᓐᓂᓐ ᐱᓐᓕᓐᓂᓐ

Direction de la planification et de la programmation *Planning and Programming*



ᐸᓐᓂᓐ ᓐᓂᓐ / Roselyne Ferguson

ᐸᐸᐸᐸᐸᐸ

Directrice

Director

roselyne.ferguson@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᓐᓂ / Claude Bouffard

ᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸᐸ ᐸᓐᓂᓐ

Directrice adjointe

Assistant Director

claud.bouffard@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᐸᐸ / Claire Desruisseaux

ᐸᓐᓂᓐ

Secrétaire

Secretary

claire.desruisseaux@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᐸᐸ / Susie Gordon

ᐸᓐᓂᓐ

Secrétaire

Secretary

susie.gordon@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᓐᓂ / Normand Tremblay

ᐸᓐᓂᐸᓐᓂᓐᓂᓐ ᐸᓐᓂᓐ

Médecin-conseil

Medical Advisor

normand_tremblay@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᓐᓂ / Mireille Bilodeau

ᐸᐸᐸᐸᐸᐸ ᐸᓐᓂᐸᓐᓂᓐᓂᓐ

ᐸᓐᓂᓐ

Conseillère en nursing nordique

Northern Nursing Advisor

mireille.bilodeau@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᐸᐸ / Mandy Graham

ᐸᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ

Nutritionniste

Nutritionist

mandy.graham@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᓐ / Diane Pépin

ᐸᓐᓂᓐ ᐸᓐᓂᓐ

ᐸᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ ᐸᓐᓂᓐ

Agente des services à la famille

et à la jeunesse

Youth and Family Services Agent

diane.pepin@ssss.gouv.qc.ca



ᐸᓐ ᐸᓐᓂᓐ / Eva Stevenson

ᐸᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ ᐸᓐᓂᓐᓂᓐ

ᐸᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐᓂᓐ ᐸᓐᓂᓐ

Agente aux services de planification

familiale et habiletés parentales

Family Planning

and Parental Services Agent

eva.stevenson@ssss.gouv.qc.ca



ገፈ ዮርዮት / Micheal O'Leary

ለጥናትና ለሥራ ልማት
 ርዕሰ ልማትና ሥራ ልማት
 Agent de développement des
 ressources professionnelles
 Professional Resources
 Development Agent
 michael_oleary@ssss.gouv.qc.ca



ፈረዳላ ዮሐንስ / Elizabeth Klimczak

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agente pour les personnes
 en perte d'autonomie
 Agent for Persons lacking Autonomy
 elizabeth.klimczak@ssss.gouv.qc.ca



ፊር ሊማ / Martha Munick

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agente à la violence familiale
 Family Violence Agent
 martha.munick@ssss.gouv.qc.ca



ጋሪት ሙን / Maureen Cooney

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agente aux services en santé mentale
 Mental Health Services Agent
 maureen.cooney@ssss.gouv.qc.ca



ሪክሮ ሙን / Richard Kouri

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Recherche, information et prévention
 concernant les préoccupations sociales
 Research, Information and
 Prevention on Social Issues
 richard.kouri@ssss.gouv.qc.ca



ፊላፊላ ሙን / Isabelle Nélis

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agente à la violence familiale et
 des organismes communautaires
 Family Violence and Community
 Organizations Agent
 isabelle.nelis@ssss.gouv.qc.ca



ፈረዳላ ሙን / Elizabeth Annahatak

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Coordonnatrice des programmes
 communautaires
 Community Programs Coordinator
 elizabeth.annahatak@ssss.gouv.qc.ca

ፈረዳላ ሙን / Vacant

ፈረዳላ ሙን
 Secrétaire de direction
 Executive Secretary

ፈረዳላ ሙን / Vacant

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agent aux services
 préhospitaliers d'urgence
 Pre-hospital and
 Emergency Services Agent

ፈረዳላ ሙን / Vacant

ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 ለሥራ ልማትና ለሥራ ልማት
 Agent au dossier des hommes
 et à la toxicomanie
 Men's file and
 Substance Abuse Agent

ᐃᐅᓕᐱᓂᑦ ᐃᐅᓂᓕᓂᓂᓂᑦ^{ᑦᑲ}

Direction de la santé publique

Public Health



ᓂᓂᑦ ᐱᓂ / Serge Dery
ᐅᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
Directeur
Director

serge_dery@ssss.gouv.qc.ca



ᐃᓕᐃ ᓕᓂᓂᓂ / Elena Labranche
ᐅᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂᓂᓂ
Directrice adjointe
Assistant Director

elena_labranche@ssss.gouv.qc.ca



ᐃᓂᓂ ᓂᓂᓂ / Vincent Gilbert
ᐃᓂᓂᓂᓂᓂ
Secrétaire de direction
Executive Secretary

vincent.gilbert@ssss.gouv.qc.ca



ᓂᓂ ᓂᓂᓂ / Kathy Snowball
ᐅᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ ᐱᓂᓂᓂᓂ
Agente au dossier du tabagisme
Tobacco File Agent

kathy.snowball@ssss.gouv.qc.ca



ᓂᓂᓂ ᓂᓂ / Mary Sala
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
Agente de promotion de la santé
Health Promotion Agent

mary.sala@ssss.gouv.qc.ca



ᐃᓂᓂᓂ ᓂᓂᓂ / Andrée Racine
ᓂᓂᓂᓂᓂ ᐱᓂᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
Infirmière régionale en santé au travail
Regional Occupational Health Nurse

andree.racine@ssss.gouv.qc.ca



ᓂᓂᓂ ᓂᓂᓂ / Robert Ladouceur
ᓂᓂᓂᓂᓂ ᐃᓂᓂᓂᓂ ᐱᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂ ᐱᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᐃᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
Infirmier au programme de diabète
Regional Diabetes Program Nurse

robert.ladouceur@ssss.gouv.qc.ca



ᓂᓂᓂᓂ ᓂᓂᓂᓂ / Catherine Plaziac
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ ᐱᓂᓂᓂᓂ
Agente de recherche
Research Agent

catherine.plaziac@ssss.gouv.qc.ca



ᓂᓂᓂᓂᓂ ᓂᓂᓂᓂ / Katiana Rivette
ᐃᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᐃᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
ᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂᓂ
Infirmière en prévention et contrôle
des maladies infectieuses
Nurse in Prevention Control
of Infectious Diseases

katiana.rivette@ssss.gouv.qc.ca



ጴጥሮስ ምሥራቅ / Jean-François Proulx

ፋርጃርጅናል ምሥራቅ ምሥራቅ
ፋርጃርጅናል ምሥራቅ

Coordonnateur en prévention et
contrôle des maladies infectieuses
Infectious Diseases Coordinator

jean-francois.proulx@ssss.gouv.qc.ca

ፋርጃርጅናል ምሥራቅ

Direction des Services administratifs *Administrative Services*



ሥላሴ ጋላ / Silas Watt

ጋላ ጋላ ጋላ ጋላ ጋላ
Directeur par intérim
Acting Director

silas.watt@ssss.gouv.qc.ca



ሥላሴ ጋላ / Léo Savoie

ጋላ ጋላ ጋላ ጋላ ጋላ
Directeur adjoint
Assistant Director

leo.savoie@ssss.gouv.qc.ca



ሥላሴ ጋላ / Louise Migneault

ፋርጃርጅናል ምሥራቅ
Secrétaire de direction
Executive Secretary

louise.migneault@ssss.gouv.qc.ca

Direction des Services administratifs (suite)
Administrative Services (continued)



ᐃᓄᕈᓂ ᑭᓚᓴᓂ > ᑭᓚᓴᓂ
Commis senior à la comptabilité
Senior Accounting Clerk
aloupa.kulula@ssss.gouv.qc.ca



Gerald Boucher
Coordonnateur des services techniques et des immobilisations
Coordinator of Technical Services and Fixed Assets
gerald.boucher@ssss.gouv.qc.ca



Λε JQ / Billy Watt
Δεδεδεδεδεδεδεδεδ Λεδεδεδ
Technicien en bâtiment
Building Technician
billy.watt@ssss.gouv.qc.ca



JΔ⁺ ㄘㄣˊ / Wayne Labadie
 ㄉㄘㄅˊㄖㄉˊㄋㄖㄗ
 ㄓㄣˊㄌㄞˊㄅˊㄘㄅㄋㄋㄞˊ
 Coordonnateur des systèmes
 d'information
 Information Systems Coordinator
 wayne.labadie@ssss.gouv.qc.ca



P4Q 2 / Kevin Proulx
Technicien en informatique
Computer Technician
kevin.proulx@ssss.gouv.qc.ca



ᑎᓐᑭᑦ ᑕᑭ / Tikile Lemire
ᐃᑭᑦᑕᑕᑕᑕ
Commissionnaire
General Helper
tikile.lemire@ssss.gouv.qc.ca



PN ᐱᓐᓂᓐ / Kitty Angnatuk
ᐱᓐᓂᓐ
Réceptionniste
Receptionist
kitty.angnatuk@ssss.gouv.qc.ca

434636
Bibliotechnicien
Library Technician

Af4503J r6N1A2 30, 2005
 Au 30 septembre 2005
 As of September 30, 2005





▷ ᐆᐸ▷ ᐅᐅ / TÉLÉPHONE / PHONE: (819) 964-2222

76504 / TÉLÉCOPIEUR / FAX: (819) 964-2888

WWW.RRSSS17.GOUV.QC.CA