



MODÈLE DE RAPPORT COMMUNAUTAIRE

Avis de confidentialité

Le présent avis explique les objectifs de la collecte et de l'utilisation de renseignements personnels. Uniquement l'information qui répond aux besoins des exigences d'un programme sera demandée. La collecte et l'utilisation de renseignements personnels s'effectueront conformément à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html) (<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html>). Dans certains cas, l'information peut être divulguée sans votre autorisation selon la section 8(2) de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*. Nous utiliserons vos renseignements personnels afin de répondre à votre demande et/ou aux exigences du programme. La collecte et l'utilisation des renseignements personnels que vous fournissez à Services aux Autochtones Canada à des fins d'administration et d'établissement de rapports sur certains programmes/financements sont autorisées par la législation propre à chaque programme et sont nécessaires à votre participation. La collecte de renseignements est décrite dans le FRP AANDC PPU 210, qui est accessible en ligne à [Info Source](https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1353081939455) (<https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1353081939455>). Pour obtenir plus de détails sur l'autorité législative applicable, la description du FRP et/ou pour nous signaler des renseignements inexacts ou pour retirer votre participation après avoir soumis vos renseignements, communiquez avec le centre de contact des demandes de renseignements du public du ministère au 1-800-567-9604. Si vous avez besoin d'éclaircissements sur cet énoncé, communiquez avec notre coordonnateur de la protection de la vie privée au 819-997-8277. Pour obtenir plus de détails sur la protection des renseignements personnels et la *Loi sur la protection des renseignements personnels* en général, consulter le Commissariat à la protection de la vie privée, au 1-800-282-1376.

Partie 1 : Information d'identification

Identification

Nom du bénéficiaire	Numéro du bénéficiaire
---------------------	------------------------

Accord de contribution

Numéro de l'accord de contribution	Type de modèle de financement le plus élevé dans l'accord de contribution
------------------------------------	---

Personne-ressource (personne avec qui communiquer pour plus de renseignements sur le rapport)

Prénom	Nom de famille	Titre
Numéro de téléphone	Numéro de poste	Adresse courriel

Période couverte par le rapport

De (AAAAMMJJ)	À (AAAAMMJJ)
---------------	--------------

Les services fournis dans le cadre de l'accord de contribution sont-ils destinés à plusieurs communautés? Oui Non

Remarque : Un modèle de rapport communautaire distinct doit être rempli et soumis pour chaque communauté.

1.	Nom de la communauté	Nom de l'établissement de santé
----	----------------------	---------------------------------

Partie 2 : Rapport des éléments de programme

Remplir l'information pour les composantes du programme qui s'appliquent aux programmes et aux services gérés dans votre communauté **en vertu de votre accord de contribution** avec Services aux Autochtones Canada.

DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS EN SANTÉ

1. Activités de nutrition pré et postnatale

Indiquer les activités de nutrition pré et postnatale ayant été proposées dans votre communauté en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si une activité que vous proposez correspond à plus d'une des catégories ci-dessous, choisissez celle qui convient le mieux et ne la comptabilisez qu'une seule fois.

Dépistage, éducation et counseling en matière de nutrition

Dépistage nutritionnel ou diététique

Counseling/éducation en tête-à-tête sur la nutrition



Counseling/éducation en groupe sur la nutrition

Ateliers/cours sur la préparation des aliments pour bébé

Visites d'épiceries

Alimentation de la mère

Distribution de coupons alimentaires

Cuisines communautaires/cours de cuisine communautaires

Distribution de boîtes d'aliments ou d'épiceries

Jardins communautaires

Collecte/distribution/préparation d'aliments traditionnels

Promotion, éducation et soutien de l'allaitement

Ateliers de formation

Soutien à l'allaitement offert en tête-à-tête

Soutien à l'allaitement offert en groupe

Programme de soutien par les pairs

Éléments de soutien répondant aux besoins particuliers des clients à risque

Activités aidant les femmes à accéder aux programmes de nutrition (p. ex., transport, garde des enfants, etc.)

Activités contribuant à améliorer la santé des mères et des nourrissons (p. ex., programmes d'exercices pour les femmes en âge de fécondité, programmes d'abandon du tabac, etc.)

2. Allaitement : Pour les participantes avec nourrissons de 6 mois ou plus

Indiquer le nombre de mères participantes pour chacune des périodes de durée d'allaitement ci-dessous. Si la réponse est aucune, inscrire « 0 ».

Mères participantes	Total
Nombre de mères participantes dont les bébés ont eu 6 mois (nés entre le 1er octobre 2021 et le 30 septembre 2022) au cours de l'année visée par le rapport.	
Durée l'allaitement	Nombre
Mères ayant initié l'allaitement	
Mères ayant allaité moins d'un mois	
Mères ayant allaité pendant 1 mois et moins de 2 mois	
Mères ayant allaité pendant 2 mois et moins de 3 mois	
Mères ayant allaité pendant 3 mois et moins de 4 mois	
Mères ayant allaité pendant 4 mois et moins de 5 mois	
Mères ayant allaité pendant 5 mois et moins de 6 mois	
Mères ayant allaité pendant 6 mois ou plus	
Mères n'ayant pas initié l'allaitement	
Mères dont le statut d'allaitement est inconnu	

3. Dépistage et évaluation de la santé maternelle et infantile

Indiquer quels types de services de dépistage et d'évaluation ont été fournis au cours de l'année visée par le rapport en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si une activité que vous proposez correspond à plus d'une des catégories ci-dessous, choisissez celle qui convient le mieux et ne la comptabilisez qu'une seule fois.

Dépistage et évaluation pour :



Facteurs de risques pour les femmes enceintes ou les nouvelles mères, tels que la dépression post-partum, les troubles chroniques tels que le diabète de type 2, le diabète gestationnel et la consommation de tabac/d'alcool/de drogues/de solvants

Facteurs de risques concernant les étapes du développement des nourrissons et des enfants

Dépistage ou évaluation dentaire/de la vue/de l'ouïe aux fins de références

4. Portée des visites à domicile et gestion de cas dans le cadre du Programme de santé maternelle et infantile

Indiquer, dans les champs prévus à cet effet, le nombre de participants ayant reçu des visites à domicile et/ou des services de gestion de cas (« participant » est défini comme le contact principal pour les services, y compris sa famille et les personnes à sa charge). Si la réponse est aucun, inscrire « 0 ».

Visites à domicile et gestion de cas	Nombre
Nombre total de participants ayant reçu des visites à domicile	
Nombre total de participants ayant reçu des services de gestion de cas	

5. Première visite à domicile

Parmi toutes les femmes enceintes et les nouvelles mères ayant reçu des visites à domicile dans le cadre du Programme de santé maternelle et infantile au cours de l'année visée par le rapport, indiquez combien ont reçu leur PREMIÈRE visite à domicile au cours de leur 1er, 2e ou 3e trimestre, et le nombre de participantes ayant reçu des services pour la première fois après l'accouchement (postnatal). Si la réponse est aucune, inscrire « 0 ».

Première visite à domicile	Nombre
Femmes enceintes ayant reçu leur première visite à domicile de Santé maternelle et infantile pendant leur 1er trimestre de grossesse	
Femmes enceintes ayant reçu leur première visite à domicile de Santé maternelle et infantile pendant leur 2ème trimestre de grossesse	
Femmes enceintes ayant reçu leur première visite à domicile de Santé maternelle et infantile pendant leur 3ème trimestre de grossesse	
Femmes ayant reçu leur première visite à domicile de Santé maternelle et infantile dans les six mois suivant l'accouchement (postnatal)	

6. Trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF)

Indiquer quels types d'activités en lien avec le TSAF ont été menées au cours de l'année visée par le rapport en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante.

Activités TSAF

Activités de renforcement des capacités communautaires liées au TSAF (c.-à-d. activités de sensibilisation et de prévention, et élaboration de plans d'action)
Coordination communautaire TSAF/gestion de cas de TSAF
Mentorat sur le TSAF

7. Activités du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)

Indiquer quels types d'activités ont été proposées en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante.

Types d'activités

Enseignement aux enfants de leur(s) langue(s) autochtone(s) (p. ex., lecture d'une histoire, enseignement de lettres ou de nombres, etc.)
Cérémonies et activités traditionnelles (p. ex., rituel de purification, cueillette d'aliments traditionnels, visites d'aînés, etc.)
Compétences d'alphabétisation des enfants d'âge préscolaire (p. ex., lire aux enfants, chanter des chansons, etc.)
Activités de développement de la motricité fine et globale (p. ex., attraper un ballon, tenir un crayon, etc.)
Fourniture d'aliments sains (c.-à-d., collations et/ou dîners)



Promotion d'hygiène personnelle et d'habitudes dentaires saines (p. ex., brossage des dents, lavage des mains, etc.)

Activité physique (p. ex., jeux en plein air, jeux à l'intérieur, danse, etc.)

Liens (y compris références et collaborations) avec des soutiens et fournisseurs professionnels et communautaires (p. ex., logement, éducation, spécialistes, etc.)

Activités de soutien aux parents et aux familles (par ex., atelier pour les nouvelles mères et les jeunes parents, groupes de soutien, etc.)

Visites de professionnels de la santé (par ex., infirmières, hygiénistes dentaires, etc.)

Activités d'éducation et de sensibilisation à la sécurité (par ex., sécurité sur les terrains de jeux, formation de techniciens en sièges de voiture, utilisation des sièges de voiture, port de la ceinture de sécurité, sécurité à vélo, etc.)

8. Nombre d'enfants inscrits au programme PAPAR

Indiquer le nombre total de participants au programme PAPAR par âge et par type de prestation de programmes (en centre et/ou en sensibilisation/visites à domicile) et le nombre d'enfants sur une liste d'attente, le cas échéant. Si la réponse est aucun, inscrire « 0 ». Si vous tenez une liste d'attente mais qu'aucun enfant n'y figure à la fin de la période visée par le rapport, inscrire « 0 ».

Âge	Nombre de participants par type de programme offert		Le programme maintient-il une liste d'attente? (Oui ou Non)	Si Oui, combien d'enfants figurent sur la liste d'attente?
	En centre	Sensibilisation/visites à domicile		
Nombre d'enfants de moins de 3 ans				
Nombre d'enfants de 3 à 6 ans				
Total				

9. Enfants participant au PAPAR et ayant des besoins spéciaux

Pour chaque type de programme, indiquer le nombre d'enfants du programme PAPAR ayant été diagnostiqués, dépistés/évalués ou référés pour des besoins spéciaux pendant l'année visée par le rapport, ainsi que le nombre d'enfants sur une liste d'attente à la fin de l'année visée par le rapport. Un même enfant peut être compté dans plus d'une catégorie si applicable. Si la réponse est aucun, inscrire « 0 ».

Diagnostic, dépistage/évaluation, aiguillage, liste d'attente pour des besoins spéciaux	Nombre d'enfants par type de programme	
	En centre	Sensibilisation/visites à domicile
Nombre d'enfants du PAPAR diagnostiqués comme ayant des besoins spéciaux		
Nombre d'enfants du PAPAR soumis à un dépistage/une évaluation de leurs besoins spéciaux		
Nombre d'enfants du PAPAR référés vers d'autres ressources communautaires (p. ex., infirmières, médecins, spécialistes, etc.) pour un soutien ou un diagnostic des besoins spéciaux		
Nombre d'enfants du PAPAR sur une liste d'attente pour une évaluation diagnostique des besoins spéciaux		

VIE SAINE

10. Prévention des maladies chroniques et des blessures

Indiquer quelles activités et quels services ont été fournis en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si une activité que vous proposez correspond à plus d'une des catégories ci-dessous, choisissez celle qui convient le mieux et ne la comptabilisez qu'une seule fois.



Activité physique

Activités de sensibilisation à l'activité physique (p. ex., marche pour le diabète, journées de sensibilisation à la vie saine, présentations sur l'activité physique)

Clubs de marche, clubs de course à pied

Activités sportives/récréatives (p. ex., soccer, basket-ball, etc.), soirées de gymnastiques ouvertes à l'école, ouverture/exploitation d'un gymnase communautaire (poids, cours de conditionnement physique, entraînement personnel, etc.)

Activités physiques traditionnelles (p. ex., gigue, danse, jeux, raquette, canotage)

Nutrition

Sessions ou cours de cuisine (y compris les cuisines communautaires)

Récolte traditionnelle, préparation et conservation des aliments (p. ex., cueillette de baies, nettoyage du poisson, mise en conserve, etc.)

Sensibilisation et éducation pour une alimentation saine (p. ex., foires de la santé, émissions radiophoniques, messages nutritionnels sur les médias sociaux); affichage d'information sur la nutrition (p. ex., affiches, présentoirs sur la nutrition, etc.); essais gustatifs; démonstrations culinaires; présentations sur la nutrition; jeux/défis; festins communautaires; éducation nutritionnelle dans les écoles, les établissements préscolaires ou les garderies; etc.

Visites d'épiceries

Jardins communautaires

Boîtes d'aliments sains

Coupons alimentaires

Programmes d'alimentation en milieu scolaire (comprend les activités sur les terres)

Autres activités

Sessions ou ateliers d'information sur le diabète

Séances d'information ou ateliers sur d'autres maladies chroniques (p. ex., cancer, maladies cardiaques, etc.)

Création de documentation (p. ex., affiches, livres de cuisine, présentoirs, guides, etc.)

Formation et sensibilisation à la prévention des blessures (par ex., comités de sécurité (sécurité aquatique, port adéquat des casques), trousse d'outils, formation « A Journey to Teachings », collecte de données communautaires, etc.)

11. Dépistage du diabète

Indiquer quelles activités et quels services ont été fournis en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si une activité que vous proposez correspond à plus d'une des catégories ci-dessous, choisissez celle qui convient le mieux et ne la comptabilisez qu'une seule fois. Si la réponse est Non, inscrire « 0 ».

Effectuez-vous des tests diagnostiques de dépistage du diabète dans votre communauté (p. ex., le test de glycémie à jeun, le test d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO))? (Voir les définitions dans les instructions.)

Si **Oui**, combien de personnes ont été dépistées au cours de l'année visée par le rapport?

Organisez-vous des dépistages non diagnostiques de sensibilisation/prévention du diabète dans votre communauté? (C.-à-d. des dépistages non diagnostiques dans les écoles, sur les lieux de travail, lors d'événements sportifs, dans des foires sur la santé, etc.)

Si **Oui**, donnez une estimation du nombre de dépistages non diagnostiques effectués au cours de l'année visée par le rapport.



12. Gestion du diabète

Indiquer quelles activités et quels services ont été fournis en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si une activité que vous proposez correspond à plus d'une des catégories ci-dessous, choisissez celle qui convient le mieux et ne la comptabilisez qu'une seule fois.

Activités de gestion du diabète

Groupes de soutien aux diabétiques ou de vie saine

Dépistage des complications, p. ex., le dépistage oculaire (rétinien)

Dépistage des complications, p. ex., le dépistage des reins (rénal)

Dépistage des complications, p. ex., le dépistage des maladies cardiovasculaires

Références vers des professionnels ou des services de santé

Sessions d'autogestion du diabète

13. Clinique de diabète et formation connexe

Indiquer quelles activités et quels services ont été fournis en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante. Si la réponse est Non, inscrire « 0 ».

Offrez-vous ou soutenez-vous des cliniques d'éducation sur le diabète et des formations pour aider les clients à soutenir leur autogestion (p. ex., tests de glycémie, soins des pieds, conseils sur le régime et l'exercice, activités traditionnelle, etc.)?

Si **Oui**, combien de personnes ont été desservies au cours de l'année visée par le rapport?

Offrez-vous des cliniques de soins des pieds?

Si **Oui**, combien de personnes ont été desservies au cours de l'année visée par le rapport?

CONTRÔLE ET GESTION DES MALADIES TRANSMISSIBLES (CGMT)

La période de rapport pour le CGMT est du 1er avril 2022 au 31 mars 2023, sauf indication contraire pour une raison spécifique. Les programmes/initiatives inclus dans le CGMT sont :

- Maladies évitables par la vaccination et immunisation;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang
- Urgences liées aux maladies transmissibles; et
- Infections respiratoires (tuberculose)

14. Activités de sensibilisation et d'éducation

Pour chaque composante de programme énumérée, indiquer le nombre d'activités de sensibilisation et d'éducation connexe menées dans votre communauté ou organisme. Si la réponse est aucune, inscrire « 0 ».

Secteurs de programmes et initiatives	Nombre d'activités		
	Pour les prestataires de soins de santé (facultatif)	Pour les membres de la communauté (facultatif)	Activités totales
Infections transmissibles sexuellement et par le sang			
Tuberculose			
Maladies évitables par la vaccination et immunisation			
Prévention en contrôle des infections dans la communauté			

15. Plan d'urgence pour tous les risques

Votre communauté dispose-t-elle d'un plan de gestion des urgences pour tous les risques avec une composante sur la santé? (Si la réponse est **Non**, passez à **16. Accès aux services de dépistage et de traitement du VIH**)



Quand votre plan de gestion des urgences pour tous les risques a-t-il été mis à jour pour la dernière fois (AAAAMMJJ)?

Quand votre plan communautaire a-t-il été testé pour la dernière fois (AAAAMMJJ)?

Votre communauté est-elle desservie par un coordinateur de la gestion des urgences/de la santé?

- Oui, au niveau de la communauté
 Oui, au niveau du conseil tribal
 Non

16. Accès aux services de dépistage et de traitement du VIH

Indiquer vos réponses en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante.

Le **dépistage** du VIH est-il accessible dans la réserve?

Le **traitement** du VIH est-il accessible dans la réserve?

Si hors réserve :

Pour la définition de « à proximité de la réserve », voir les instructions.

Le **dépistage** du VIH est-il accessible à proximité de la réserve?

Le **traitement** du VIH est-il accessible à proximité de la réserve?

17. Accès aux services de dépistage et de traitement des autres infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Indiquer vos réponses en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante.

Le **dépistage** des autres ITSS (c.-à-d. autres que le VIH) est-il accessible dans la réserve?

Le **traitement** des autres ITSS (c.-à-d. autres que le VIH) est-il accessible dans la réserve?

Si hors réserve :

Le **dépistage** des autres ITSS (c.-à-d. autres que le VIH) est-il accessible à proximité de la réserve?

Le **traitement** des autres ITSS (c.-à-d. autres que le VIH) est-il accessible à proximité de la réserve?

18. Accès aux technologies de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Indiquer votre réponse en sélectionnant Oui ou Non dans la liste déroulante.

Les nouvelles technologies de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (p. ex., les trousse d'auto-dépistage et les tests sur les taches de sang séché) sont-elles accessibles dans la réserve?

19. Accès aux services de dépistage et de traitement de la tuberculose (TB)

Indiquer vos réponses en sélectionnant Oui, Non ou Sans Objet dans la liste déroulante. « Sans Objet » devrait seulement être sélectionné si la tuberculose n'est pas répandue dans votre communauté

Le **dépistage** de la tuberculose est-il accessible dans la réserve?

Le **test rapide au point de service** est-il disponible dans la réserve (Gene Xpert)?

Le **traitement** de la tuberculose est-il accessible dans la réserve?

Si hors réserve :

Le **dépistage** de la tuberculose est-il accessible à proximité de la réserve?

Le **test rapide au point de service** est-il disponible à proximité de la réserve (Gene Xpert)?

Le **traitement** de la tuberculose est-il accessible à proximité de la réserve?



Documents à l'appui (le cas échéant)

Ce tableau vous permet d'identifier le(s) document(s) à l'appui ainsi que le mode de transmission utilisé.

Titre	Mode de transmission

Déclaration

Les informations fournies sont exactes, à ma connaissance.

Prénom	Nom de famille	
Titre		Date (AAAAMMJJ)