



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Note d'information | Mars 2015

Établissement des Priorités pour le Programme sur la Santé du Nord Ontarien

©2015 par Northern Policy Institute/Institut des politiques du Nord
Publié par Northern Policy Institute/Institut des politiques du Nord
874 Tungsten St.
Thunder Bay, Ontario, P7B 6T6

Téléphone: (807) 343-8956
Courriel: northernpolicy@northernpolicy.ca
Site web: www.northernpolicy.ca

Ce rapport a été possible grâce à l'appui de nos partenaires : l'Université Lakehead, l'Université Laurentienne et la Société de gestion du Fonds du patrimoine du Nord de l'Ontario L'Institut des politiques du Nord exprime sa grande appréciation pour leur généreux soutien, mais insiste sur ce qui suit :

Les points de vue de ces commentaires sont ceux de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement ceux de l'Institut, de son conseil d'administration ou de ceux qui le soutiennent. Des citations de ce texte, avec indication adéquate de la source, sont autorisées.

Contenu

À propos de l'Institut des politiques du Nord	4
À propos de l'auteur	6
Objet	7
Contexte	8
Analyse	9
Recommandations	10
Références	11
Qui nous sommes	15

À propos de l'Institut des politiques du Nord :

L'Institut des politiques du Nord est le groupe de réflexion indépendant de l'Ontario. Nous effectuons de la recherche, accumulons et diffusons des preuves, trouvons des opportunités en matière de politiques, afin de favoriser la croissance et la durabilité des collectivités du Nord. Nous avons des bureaux à Thunder Bay et à Sudbury. Nous cherchons à améliorer les capacités du Nord ontarien de prendre l'initiative en politiques socioéconomiques qui ont des répercussions sur l'ensemble du Nord ontarien, de l'Ontario et du Canada.

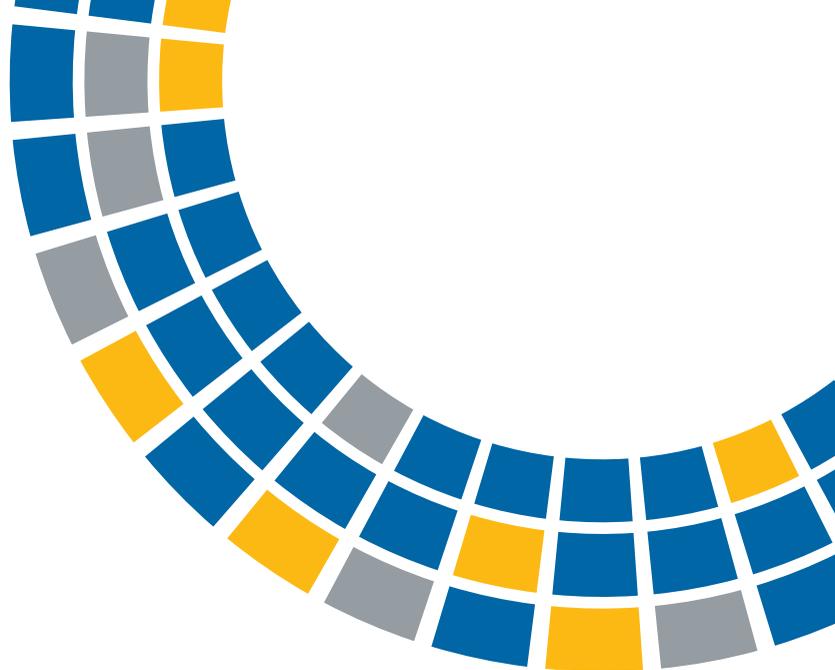
Vision

Un Ontario du Nord en croissance, durable et subvenant à ses propres besoins. Un Nord ontarien ayant la capacité non seulement de trouver des opportunités mais de les mettre à profit, seul ou à l'aide de partenariats intelligents. Un Nord ontarien qui contribue à la fois à sa propre réussite et à celle des autres.

Mission

Institut des politiques du Nord est un institut des politiques indépendant. Il existe aux fins suivantes :

- développer et promouvoir des options proactives, fondées sur des preuves et pilotées par des objectifs, qui permettent d'approfondir la compréhension des défis uniques du Nord ontarien et assurent le développement ainsi que la prospérité économique durables du Nord ontarien;
- faire de la recherche et de l'analyse en rapport avec ce qui suit :
 - » les politiques existantes et nouvelles, pertinentes pour le Nord ontarien;
 - » les tendances économiques, technologiques et sociales qui affectent le Nord ontarien;
- formuler et défendre des politiques qui bénéficient au Nord ontarien et aux collectivités des Premières Nations;
- servir à des fins complémentaires et compatibles avec ces objectifs.



Valeurs

Objectivité : Institut des politiques du Nord est un organisme constitué en personne morale, qui est non partisan et sans but lucratif; il procède à des évaluations équitables, équilibrées et objectives des enjeux politiques dans le contexte de l'ensemble du Nord ontarien.

Pertinence : Institut des politiques du Nord favorisera de la recherche pratique et appliquée portant sur les problèmes existants ou nouveaux ainsi que sur les répercussions immédiates et futures pour le Nord ontarien, en tenant compte des thèmes et objectifs du Plan de croissance pour le Nord de l'Ontario 2011.

Collaboration: Institut des politiques du Nord reconnaît la valeur des contributions multidisciplinaires, multiculturelles et d'intervenants multiples lorsqu'il s'agit de l'avancement collectif du Nord ontarien; il travaille dans le cadre d'une approche inclusive et de collaboration, afin d'offrir aux décideurs une gamme complète d'options politiques.

Coordination: Institut des politiques du Nord complétera les efforts de recherche des établissements postsecondaires et des organismes non gouvernementaux du Nord ontarien; il explorera aussi les occasions de déployer des efforts coordonnés favorisant le mandat de l'IPN.

Accessibilité: Les travaux de Institut des politiques du Nord seront accessibles au public, afin de stimuler l'engagement de celui-ci et de dialoguer avec lui; ils serviront à promouvoir les points de vue liés aux intérêts du Nord ontarien et de sa population.

Qui nous sommes

À l'interne, l'Institut des politiques du Nord cherche à être aussi « dégraissé » que possible, une grande partie du travail étant confié par contrat à des experts dans les domaines à l'étude. Cette approche permet d'éviter les risques associés aux groupes de réflexion et aux gros organismes bureaucratiques. Elle donne aussi à l'Institut des politiques du Nord davantage de souplesse dans un large éventail d'enjeux, pendant le renforcement de l'expertise maison et régionale, par l'appariement de jeunes cerveaux lors de placements temporaires et de travaux spécifiques sur des projets, et ce, avec des experts talentueux qui peuvent les guider et les encadrer.

Certains des acteurs clés dans ce modèle et leurs rôles se trouvent ci-dessous :

Conseil d'administration : Le conseil d'administration détermine l'orientation stratégique de l'Institut des politiques du Nord. Les administrateurs font partie de comités opérationnels s'occupant de finance, de collecte de fonds et de gouvernance; collectivement, le conseil demande au chef de la direction de rendre des comptes au regard des objectifs de nos objectifs du plan stratégique. La responsabilité principale du conseil est de protéger et de promouvoir les intérêts, la réputation et l'envergure de l'Institut des politiques du Nord.

Chef de la direction : recommande des orientations stratégiques, élabore des plans et processus, assure et répartit les ressources aux fins déterminées.

Conseil consultatif : groupe de personnes engagées et qui s'intéressent à aider l'Institut des politiques du Nord, mais non à le diriger. Chefs de files dans leurs domaines, ils conseillent pour les chercheurs ou personnes-ressources de la collectivité élargie.

Conseil consultatif pour la recherche : groupe de chercheurs universitaires qui guide et apporte une contribution en matière d'orientations potentielles de la recherche, de rédacteurs possibles, d'ébauches d'études et de commentaires. C'est le « lien officiel » avec le monde universitaire.

Évaluateurs-homologues : personnes qui veillent à ce que les articles spécifiques soient factuels, pertinents et publiables.

Rédacteurs et chercheurs associés : personnes qui offrent, au besoin, une expertise indépendante dans des domaines spécifiques de la politique.

Outils permanents d'engagement – (grand public, intervenants gouvernementaux et communautaires) : moyens qui assurent que l'Institut des politiques du Nord demeure sensible à la collectivité, puis reflète les priorités de CELLE-CI et ses préoccupations lors de la sélection des projets.

Pour vous tenir au fait ou pour participer, veuillez communiquer avec nous :

1 (807) 343-8956 info@northernpolicy.ca www.northernpolicy.ca  [@northernpolicy](https://twitter.com/northernpolicy)

À propos de l'auteur

Les trois coauteurs de cette note d'information sont doctorants à l'École de santé dans les milieux ruraux et du Nord, de l'Université Laurentienne. Cette note d'information a été rédigée dans le cadre des travaux de leur cours, sous la supervision de la chercheuse en santé rurale et du Nord, de l'Institut des politiques du Nord, Elizabeth Wenghofer., Ph. D. L'Institut des politiques du Nord a le plaisir de fournir à notre nouvelle génération de penseurs une occasion d'exprimer ses vues lors d'une audience publique.

Patrick Timony

Patrick Timony (M.A.) est adjoint de recherche au Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord (CRSMRN). Ses intérêts en recherche englobent des enquêtes sur les services de santé dans les collectivités rurales et du Nord; l'accent y est mis sur les services en langue française et sur les interactions linguistiques concordantes patient-médecin.

Kelly Coons

Kelly Coons (M.A.) est que membre étudiante du groupe d'intérêt spécial en recherche – Ontario Association on Developmental Disabilities. Sa recherche porte sur les troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale, les déficiences intellectuelles et du développement, la santé rurale et du Nord.

Mallorie Leduc

Mallorie Leduc (M.A.) est membre diplômée du CRSST (Centre de recherche en santé et sécurité au travail). Sous la supervision de Tammy Eger, Ph. D., la recherche doctorale de Mallorie porte sur la compréhension de l'exposition aux vibrations dans l'industrie minière et l'élaboration d'une intervention.

Objet

L'objet de la note d'information est de trouver les grandes priorités du programme sur la politique de santé du Nord ontarien, pour les trois à cinq prochaines années.



Contexte

Améliorer la santé des Canadiens est devenu une priorité nationale et provinciale au cours des dernières années (Drummond, Girioux, Pigott et Stephenson, 2012; Romanow, 2002), ce qui a conduit à des changements législatifs (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2012a) et la réorientation de la politique (MSSLD, 2012b). Par conséquent, la province de l'Ontario a adopté une approche de « soins appropriés au bon endroit et au bon moment » (Ministère des Finances, 2012; MSSLD, 2012b), par laquelle il y a un engagement envers les soins axés sur les patients et une coordination communautaire de ceux-ci.

Bien que des preuves suggèrent que le système des soins de santé de l'Ontario soit considéré comme meilleur que celui d'autres provinces (Drummond et coll., 2012; Hutchison, Lévesque, Strumpf et Coyle, 2011), les indicateurs utilisés pour ces comparaisons reposent ordinairement sur des zones du Sud et grandement urbanisées de l'Ontario. Étant une région périphérique, le Nord ontarien offre un tableau économique, social et environnemental très différent, et n'est pas nécessairement représenté par des indicateurs provinciaux ou du sud. C'est dans le Nord ontarien que se trouve une grande partie des Premières Nations, des francophones et des populations rurales, toutes posant des défis régionaux uniques pour l'accès aux soins de santé, par rapport au reste de la province (DesMeules et coll., 2006; Wenghofer, Timony et Pong, 2011).

Santé mentale : « Prêts à réagir, mais pas à prévenir »

À l'échelle internationale, les besoins non comblés en santé mentale ont été documentés dans les régions rurales et éloignées (Welch & Welch, 2007), ainsi que dans l'Ontario rural et du nord (Cheng, deRuiter, Howlett, Hanson et Dewa, 2013; Kirby et Keon, 2006). La formulation de la politique sur la santé mentale a une longue histoire de tentatives pour opérer un virage dans les soins, soit depuis les hôpitaux et les milieux reposant sur les médecins, vers un système coordonné des soins de santé, dans lequel l'accent est mis sur les soins communautaires (Hartford, Schrecker, Wiktorowicz, Hoch, et Sharp, 2003; Mulvale, Abelson et Goering, 2007). Les résidents du Nord ontarien qui souffrent de problèmes de santé mentale ont des options limitées de traitement et, souvent, ils doivent se rendre dans des centres urbains des régions du Sud de la province (Association canadienne pour la santé mentale [ACSM], 2007).

De plus, il a été suggéré que le système existant de soins de santé est trop concentré sur les médecins et les hôpitaux et bloque la coordination des soins entre

les professionnels de la santé, y compris les fournisseurs de soins de santé mentale, ainsi que de territoires (Hutchison, Abelson et Lavis, 2001). Le résultat est un système fragmenté dans lequel les soins sont offerts dans des « silos » non coordonnés. Par conséquent, de nombreux cas complexes – par exemple, des problèmes de comorbidités ou psychosociaux (Oyewumi, Odejide, et Kazarian, 1992; Vingilis, Wade et Seeley, 2007) – ne s'insèrent pas complètement dans un silo et finissent par tomber entre les mailles du filet, demeurent non soignés et finissent un jour par être plus coûteux pour le système des soins de santé (Drummond et coll., 2012).

Soins des aînés : « Vieillir dans la collectivité »

La population vieillissante est un des moteurs importants de la hausse du coût du système des soins de santé de l'Ontario (Drummond et coll., 2012). Les coûts liés au vieillissement de la population continueront d'augmenter pendant que le nombre relatif des personnes âgées grimpera (Drummond et coll., 2012; Groupe de travail sur le vieillissement en santé et le mieux-être [GTVSME], 2006). La majorité des adultes plus âgés ont des problèmes de santé complexes et exigent davantage de ressources (Institut canadien de d'information sur la santé [ICIS], 2009; Sinha, 2012).

En outre, l'Ontario a les taux les plus élevés d'autres niveaux de soins (ANS) au Canada (ICIS, 2009; Sinha, 2012). En l'absence de milieux de rechange pour les soins – c'est-à-dire les services de soins palliatifs, de réadaptation et du comportement –, les hôpitaux sont souvent submergés de patients ANS. C'est un problème fréquent dans les petits hôpitaux ruraux (Walker, 2011). De plus, les problèmes des soins pour la population vieillissante (Kuluski, Berta, Williams et Laporte, 2012; Skinner, Hanlon et Hasleth, 2011) seront amplifiés par le vieillissement du personnel des soins de santé (Carstairs, Keon, 2009; Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario [CASCO], 2013a).

Modèles de soins de santé primaires (SSP) : modifier la prestation, afin d'améliorer l'accès

Les soins de santé universels sont devenus « une vache sacrée » (Débats de la Chambre des communes du Canada, 1983; Ministre de la Justice, 2012), laquelle peut être soutenue par des fournisseurs de SSP offrant des services de première ligne, tels

les omnipraticiens, les infirmières praticiennes, les pharmaciens et les lignes téléphoniques d'info-conseils (Santé Canada, 2012). Toutefois, le système de soins de santé existant est financièrement non durable en raison de sa fragmentation, de la concentration sur le traitement plutôt que sur la prévention, d'une population vieillissante qui a davantage besoin de soins de santé, puis d'autres problèmes (Drummond, 2012; Institut canadien des actuaires, 2013). Dans ce qui ajoute à ces problèmes se trouvent une pénurie (Pong, 2008; Cheng et coll., 2013) et une mauvaise répartition globale de fournisseurs de soins de santé primaires (Koren, Mian et Rukholm, 2010; Wenghofer et coll., 2011). Compte tenu de l'éparpillement de la population du Nord et de la disparité des fournisseurs, il est clair que les stratégies des SSP, qui fonctionnent dans des parties du Sud de la province, ne seront pas nécessairement viables dans le Nord. the southern parts of the province, will not necessarily be viable in the north.

Analyse

Santé mentale

Les services de santé mentale, qui ne jouissent pas du financement public, peuvent être assez coûteux pour les ruraux du Nord qui doivent aller se faire soigner (Oyewumi et coll., 1992). Ainsi, beaucoup de ceux qui ont des moyens financiers restreints sont gravement sous-desservis (Durbin, Bondy et Durbin, 2012; MSSLD, 2012c). En outre, les personnes dont les besoins en santé mentale ne sont pas satisfaits ne sont plus facilement identifiables (Jansson, Sonnander, et Wiesel, 2003; Nelson et Park, 2006), surtout dans les régions plus petites où l'accès aux services est limité. Il faut une accessibilité locale aux services, aux soutiens, à l'intégration, aux interventions précoces, ainsi qu'à une approche rurale et communautaire pour la prestation des services (MSSLD, 2012c).¹

Former du personnel non médical servant à trouver et à orienter des personnes qui ont des problèmes de santé mentale peut améliorer l'utilisation des services. De tels services pourraient être fournis par des enseignants, des chefs de groupes de jeunes et des professionnels de la santé mentale (p. ex., des conseillers autorisés, des thérapeutes, des travailleurs sociaux cliniques), qui sont ordinairement le premier point de contact dans les régions rurales et éloignées (Cheng et coll., 2013; Minore, Boone, Katt, Kinch et Birch, 2004). Des initiatives publiques de soutien telles que le Régime d'assurance-

maladie de l'Ontario (RAMO), (MSSLD, 2013), et des organismes communautaires (Centre de toxicomanie et de santé mentale [CTSM], 2012; ACSM, 2014) croient qu'un élargissement de l'accès au services de santé mentale communautaire permettra à la population du Nord ontarien d'avoir des soins supérieurs, et qu'il y a une occasion unique d'utiliser des ressources qui sont déjà disponibles (p. ex., le soutien par téléphone ou par courriel, les programmes d'approche multidisciplinaires).

Toutefois, il se pourrait que les points de vue professionnels divergent face à des changements dans la prestation des services de santé mentale. Par exemple, les infirmières en psychiatrie, les fournisseurs de services de traitement, les psychiatres et les psychologues peuvent percevoir dans ces changements un enjeu frontalier et une autonomie professionnelle réduite. En outre, bien qu'il persiste un besoin évident de soins de santé mentale communautaires, la petite taille d'une collectivité permet difficilement de protéger l'anonymité et de surmonter les inquiétudes liées aux séquelles associées à la maladie mentale (Boydell et coll., 2006; Roberts, Battaglia et Epstein, 1999).

Soins des aînés

La politique existante (MSSLD, 2012b)² suggère qu'un virage vers les soins communautaires et à domicile pour la population vieillissante est justifié, position que soutiennent les aînés (CASCO, 2013a) et leurs fournisseurs (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2011). Beaucoup de patients des ANS au sein d'un hôpital constatent l'urgence et la complexité des besoins, tout comme les personnes qui ont des soins à domicile (The Change Foundation, 2011), pourtant cela est considérablement plus coûteux pour le système (CASCO, 2013a; CASCO, 2013b). Il faut des options afin que les patients aient des soins de haute qualité, en temps opportun et dans le confort de leur domicile (MSSLD, 2012b; Walker, 2011; CASCO, 2013b).

Une coordination supérieure des services pourrait aussi faciliter les soins complets pour les patients complexes (Carstairs et Keon, 2009) au sein de la collectivité, afin favoriser leur autonomie et d'améliorer leur qualité de vie (GTVSME, 2006; Walker, 2011). Il faut maintenir le soutien ou potentiellement l'accroître, afin de faciliter les soins à domicile ou dans la collectivité

¹ Consultez aussi : Boydell et coll. (2006), McEwan et Goldner (2001), les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord-Est (2013) et du Nord-Ouest (2013).

² Consultez aussi : GTVSME (2006), MSSLD (2012d), Ministère des Finances (2012), RLISS du Nord-Est (2013), CASCO (2013a), Secrétariat aux affaires des personnes âgées (2013), Sinha (2012) et Walker (2011).

(Ontario Home Care Association, 2014).³ Toutefois, les installations privées de soins de longue durée pourraient s'opposer à une réaffectation des fonds en vue de soutenir les soins à domicile (Walker, 2011).

Modèles de soins de santé primaires

Des chercheurs canadiens et internationaux ont démontré qu'il n'existe pas de modèle « passe-partout » de SSP (Humphreys et coll., 2008; Hutchison et coll., 2011; Lamarche et coll., 2003). Divers modèles innovateurs de SSP ont été proposés dans la documentation et mis en œuvre à des degrés variables.⁴ Toutefois, compte tenu de la diversité et de l'éparpillement de la population du Nord (Partenariat ontarien de marketing touristique, 2013), il serait discutable de recommander un modèle plutôt qu'un autre.

Les modèles de SSP devraient être adaptés afin de tenir compte des besoins de la santé, des limitations de ressources (p. ex., financement et disponibilité des professionnels de la santé), ainsi que des degrés de ruralité de chaque collectivité (Humphreys et Wakerman, 2008). De tels modèles pourraient varier, depuis des pratiques d'équipe dans les zones dont la densité de la population est plus élevée, jusqu'à des modèles de structure en étoile et de télémédecine dans les collectivités éloignées (Humphreys et coll., 2008); tout cela bénéficierait du travail d'équipes multidisciplinaires qui collaborent (Drummond, 2012).

Afin de réussir, sélectionner et mettre en place un modèle de SSP exige l'intervention publique par des consultations axées sur la collaboration avec les autorités locales en matière de santé (CASCO) ainsi que la collectivité (CASCO, 2010). De telles stratégies de réforme sont compatibles avec les priorités provinciales existantes⁵ puis fermement soutenues par les fournisseurs de soins de santé et les groupes de patients (Health Policy Monitor, 2008).

Des signes précoces de tels changements ont commencé à émerger (Hutchison et coll., 2011); toutefois, de la formation et de l'orientation sont nécessaires afin d'assurer une heureuse pratique

de collaboration (Bailey, Jones et Way, 2006), puis de permettre aux fournisseurs d'élargir le contenu de la pratique, l'autonomie professionnelle et les connaissances relatives aux problèmes du Nord (Strasser et coll., 2013).⁶

En dépit des tendances existantes de la réforme des soins de santé, les changements ont été tout au plus progressifs (Russell et al., 2007) et peuvent se heurter à l'opposition de diverses sources. Jusqu'à récemment (Fonds pour la recherche en services de santé, 2013), le financement de la recherche sur les SSP au Canada a été mince (Russell et coll., 2007), et n'a permis de donner que très peu de preuves sur lesquelles fonder les décisions de financement. Une autre opposition pourrait provenir de l'Association médicale canadienne, qui défend les intérêts des médecins comme fournisseurs centraux; elle pourrait être préoccupée par les modèles de SSP qui placent entre les mains d'autres personnes que les médecins les soins de santé primaires, ce qui contraste avec des organismes tels que l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, qui préconise une définition élargie de « soin primaire » (Association médicale canadienne, 2012; Health Policy Monitor, 2008).

⁶ Consultez aussi : CASCO (2012b), CASCO (2010), Ministère des Infrastructures et MDNM (2011).

Recommandations

La politique recommandée et paraissant plus haut permet de s'attaquer aux pénuries d'options pour les soins primaires, par une utilisation plus large des modèles de SSP. Cette stratégie d'établissement des priorités permet de faire face à la pénurie de médecins (Pong, 2008) dans le Nord ontarien et représente une solution complète pour surmonter les pénuries signalées dans d'autres domaines (une population vieillissante [Kuluski et coll., 2012; Skinner et coll., 2011], un soutien accru en mentale [CASCO, 2012c; Boydell, 2006; RLISS du Nord-Est, 2013]).

Repenser, par la collaboration, le fonctionnement du travail des professionnels des soins de santé dans le Nord est un objectif étendu. L'approche comprend de la formation stratégique (Strasser et coll., 2013) et le recrutement de fournisseurs pour les zones qui manquent de services, dans lesquelles l'intégration sera supérieure et le contenu de la pratique, élargi. En outre, le système global de soins de santé fonctionnera plus efficacement par une perception prévisionnelle et une planification du rôle d'équipes multidisciplinaires. En encourageant la collaboration entre les professionnels des soins de santé, les lacunes du système peuvent être corrigées.

³ Consultez aussi : Ministère des Finances (2012), CASCO (2013a) et Walker (2011).

⁴ Consultez, par exemple, Drummond (2012), Hutchison et coll. (2001), Marriott et Mable (2000), Lamarche (2003) et Romanow (2002).

⁵ Consultez, par exemple, Health Policy Monitor (2008), Ministère des Finances (2012), MSSLD (2010), Ministère des Infrastructures et MDNM (2011).

Références

- Association médicale canadienne (2012). Policy document PD12-04 - The evolving professional relationship between Canadian physicians and our health care system: Where do we stand?
- Association canadienne pour la santé mentale (2009). *Rural and northern community issues in mental health*. Extrait de http://ontario.cmha.ca/public_policy/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health/#.UvMwe_Yntiv
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2011). *Position statement: Strengthening client centred care in home care*. Extrait de <http://rnao.ca/policy/position-statements/position-statement-strengthening-client-centred-care-home-care>
- Bailey, P., Jones, L. et Way, D. (2006). Family physician/nurse practitioner: Stories of collaboration. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 381-391.
- Bollman, R. D. (2007). *Série de documents de travail sur l'agriculture et le milieu rural : Les facteurs stimulant l'économie rurale canadienne, 1914 à 2006*. Ottawa (Ontario) : Statistique Canada.
- Boydell, K. M., Pong, R., Volpe, T., Tilleczek, K., Wilson, E. et Lemieux, S. (2006). Family perspectives on pathways to mental health care for children and youth in rural communities. *Journal of Advanced Nursing*, 22(2), 182-188.
- Canadian Institute for Health Information. (2009). *Analysis in brief: Alternate level of care in Canada*. Retrieved from https://secure.cihi.ca/free_products/ALC_AIB_FINAL.pdf
- Carstairs, S., et Keon, W. J. (2009). *Le vieillissement de la population, un phénomène à valoriser – Comité sénatorial spécial sur le vieillissement. Rapport final*. Extrait de <http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/agei/rep/agingfinalreport-f.pdf>
- Centre for Addiction and Mental Health. (2012). Extrait de <http://www.camh.ca/en/hospital/Pages/home.aspxc>
- Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario (CASCO) 2013a. *Health comes home: A conversation about the future of care part 1*. Extrait de http://moreandless.ca/pdf/OACCAC%20Report_REVISED.pdf
- Centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario 2013b. *Health comes home: A conversation about the future of care part 2*. Extrait de http://moreandless.ca/pdf/OACCAC%20Report_Paper2.pdf
- Cheng, C., deRuiter, W.K., Howlett, A., Hanson, M.D. et Dewa, C.S. (2013). Psychosis 101: Evaluating a training programme for northern and remote youth mental health service providers. *Early Intervention in Psychiatry*, 7, 442-450.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, et Romanow, R. J. (2002). *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada – Le Rapport final*. Saskatoon (Saskatchewan) : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.
- Débats de la Chambre des commune du Canada, *Hansard* [le 8 décembre 1983], p. 44.
- DesMeules, M., Pong, R., Lagacé, C., Heng, D., Manuel, D., Pitblado, R., Bollman, R., ... Koren, I. (2006). *How healthy are rural Canadians?: An assessment of their health status and health determinants*. Ottawa (Ontario) : Canadian Institute for Health Information/Institut canadien d'information sur la santé.
- Drummond, D., Girioux, D., Pigott, S. et Stephenson, C. (2012). *Commission de la réforme des services publics de l'Ontario*. Toronto (Ontario), Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- Durbin, A., Bondy, S. J. et Durbin, J. (2012). The association between income source and met need among community mental health service users in Ontario, Canada. *Community Mental Health Journal*, 48, 662-672.
- Fonds pour la recherche en services de santé. (2013). *Fonds de recherche sur le système de santé – Lignes directrices*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/en/pro/ministry/research/hsrf_guidelines.aspx
- Hartford, K., Schrecker, T., Wiktorowicz, M., Hoch, J. S. et Sharp, C. (2003). Four decades of mental health policy in Ontario, Canada. *Administration and Policy in Mental Health*, 31(1), 65-73.

- Health Policy Monitor. (2008). *An update on primary care reform in Canada*. Extrait de <http://hpm.org/ca/b11/2.pdf>
- Healthy Aging and Wellness Working Group. (2006). *Healthy aging in Canada: A new vision, a vital investment from evidence to action*. Extrait de http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/vision_rpt_e.pdf
- Humphreys, J. et Wakerman, J. (2008). *Primary health care in rural and remote Australia: achieving equity of access and outcomes through national reform*. Extrait de <http://www.health.gov.au/internet/nhhrc/publishing.nsf/Content/16F7A93D8F578DB4CA2574D7001830E9>
- Humphreys, J. S., Wakerman, J., Wells, R., Kuipers, P., Jones, J. A. et Entwistle, P. (2008). "Beyond workforce": A systemic solution for health service provision in small rural and remote communities. *Medical Journal of Australia*, 188(8), S77.
- Hutchison, B., Abelson, J. et Lavis, J. (2001). Primary care in Canada: So much innovation, so little change. *Health Affairs*, 20(3), 116-131.
- Hutchison, B., Lévesque, J., Strumpf, E. et Coyle, N. (2011). Primary care in Canada: Systems in motion. *Milbank Quarterly*, 13(2), 256-288.
- Institut canadien des actuaires. (2013). *Viabilité du système de soins de santé du Canada et répercussions sur la révision du Transfert canadien en matière de santé en 2014*. Extrait de <http://www.cia-ica.ca/docs/default-source/2013/213075F.pdf>
- Jansson, L., Sonnander, K. et Wiesel, F. A. (2003). Clients with long-term mental disabilities in a Swedish county—conditions of life, needs of support and unmet needs of service provided by the public health and social service sectors. *European Psychiatry*, 18(6), 296-305.
- Koren, I., Mian, O. et Rukholm, E. (2010). Integration of nurse practitioners into Ontario's primary health care system: Variations across practice settings. *Canadian Journal of Nursing Research*, 42(2), 48-69.
- Kirby, M. J. et Keon, W. J. (2006). *Out of the shadows at last: Transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. Ottawa (Ontario) : Sénat du Canada.
- Kuluski, K., Williams, A. P., Berta, W. et Laporte, A. (2012). Home care or long-term care? Setting the balance of care in urban and rural Northwestern Ontario, Canada. *Health & Social Care in the Community*, 20(4), 438-448.
- Lamarche, P.A., Beaulieu, M-D., Pineault, R., Contradriopoulos, A-P, Denis, J-L Haggerty, J. et Tré, G. (2003). *Sur la voie du changement: Pistes à suivre pour restructurer les services de santé de première ligne au Canada*. Ottawa (Ontario) : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.
- Marriott, J. F. et Mable, A. L. (2000). *Possibilités et potentiel : examen de la documentation internationale sur les réformes et les modèles en matière de soins de santé*. Ottawa (Ontario) : Santé Canada.
- McEwan, K. et Goldner, E. M. (2001). *Accountability and performance indicators for mental health services and supports: A resource kit*. Extrait de http://seniorspolicyens.ca/Root/Materials/Adobe%20Acrobat%20Materials/accountability_and_performance_measures_for_mental_health_services_and_supports.pdf
- Ministère des Finances. (2012). *Des mesures décisives pour l'Ontario Budget de l'Ontario 2012* Extrait de http://www.fin.gov.on.ca/fr/budget/ontariobudgets/2012/papers_all.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2010). *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ruralnorthern/docs/recommendations_rural_northern_FR.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée 2012a. *À propos de Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Extrait de http://www.elaws.gov.on.ca/html/statutes/english/elaws_statutes_10e14_e.htm
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2012b). *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé : Demeilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_healthychange.pdf

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2012c). *Esprit ouvert, esprit sain : Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/common/ministry/publications/reports/mental_health2011/mentalhealth.aspx
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2012d). *L'entente sur les services de médecin*. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/phys_services/docs/fs_phys_services_ovrvw_fr.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (2013). Assurance-santé de l'Ontario. Extrait de <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ohip/>
- Ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure et ministère du Développement du Nord, des Mines et des Forêts. (2011). *Plan de croissance pour le Nord ontarien 2011*. Extrait de <https://www.placestogrow.ca/images/pdfs/GPNO-final.pdf>
- Ministre de la Justice. (2012). *Loi canadienne sur la santé*. Extrait de <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteComple.html>
- Minore, B., Boone, M., Katt, M., Kinch, P. et Birch, S. (2004). Addressing the realities of health care in northern aboriginal communities through participatory action research. *Journal of Advanced Nursing*, 18(4), 360-368.
- Mulvale, G., Abelson, J. et Goering, P. (2007). Mental health service delivery in Ontario, Canada: How do policy legacies shape prospects for reform? *Health Economics, Policy and Law*, 2(4), 363-389.
- Nelson, C. H. et Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 62, 2291-2300.
- Ontario Home Care Association. (2014). *Valuing Ontario home care workers and family caregivers: 2014 pre-budget submission*. Extrait de <http://www.homecareontario.ca/documanager/files/publications/position-papers-and-statements/budget-submission-2014-w-cover.pdf>
- Oyewumi, L. K., Odejide, O. et Kazarian, S. S. (1992). Psychiatric emergency services in a Canadian city: II. Clinical characteristics and patients' dispositions. *Alberta Journal of Educational Research* 96 (-99).
- Partenariat ontarien de marketing touristique. (2013). Extrait de <http://www.tourismpartners.com/home.xhtml?language=FR>
- Pong, R. W. (2008). Strategies to overcome physician shortages in northern Ontario: A study of policy implementation over 35 years. *Human Resources for Health*, 6(24), 1-9.
- Réseau local d'intégration des services de santé – Nord-Est (2013). *Integrated health service plan: 2013-2016*. Extrait de <http://www.nelhin.on.ca/WorkArea/showcontent.aspx?id=14136>
- Réseau local d'intégration des services de santé – Nord-Ouest (2013). *Integrated health service plan: 2013-2016*. Extrait de http://www.northwestlhin.on.ca/uploadedFiles/Home_Page/Integrated_Health_Service_Plan/2013%20Feb%207%20IHSP%20III%20FINAL.pdf
- Roberts, L. W., Battaglia, J. et Epstein, R. S. (1999). Frontier ethics: Mental health care needs and ethical dilemmas in rural communities. *Psychiatric Services*, 50, 497-503.
- Russell, G., Geneau, R., Johnston, S., Liddy, C., Hogg, W. et Hogan, K. (2007). *Mapping the future of primary health care research in Canada: A report to the Canadian Health Services Research Foundation*. Ottawa (Ontario) : FCRSS.
- Santé Canada, 2012 *À propos des soins de santé primaires*. Extrait de : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>
- Secrétariat aux affaires des personnes âgées. (2013). *Guide des programmes et services pour les personnes âgées de l'Ontario*. Extrait de <http://www.seniors.gov.on.ca/fr/seniorsguide/>
- Sinha, S. (2012). Living longer, living well: Report submitted to the Minister of Health and Long-Term Care and the Minister responsible for Seniors on recommendations to inform a seniors strategy for Ontario. Extrait de http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/seniors_strategy/docs/seniors_strategy_report.pdf

Skinner, M., Hanlon, N. et Hasleth, G. (2011). Health and social care issues in aging resource communities. Dans J. Kulig et A. Williams (Eds.), *Health in Rural Canada* (aux p. 462-480). Vancouver : UBC Press.

Spotton, N. (2001). *A profile of Aboriginal peoples in Ontario*. Extrait de http://www.attorneygeneral.jus.gov.on.ca/inquiries/ipperwash/policy_part/research/pdf/SpottonProfile-of-Aboriginal-Peoples-inOntario.pdf

Strasser, R., Hogenbirk, J. C., Minore, B., Marsh, D. C., Berry, S., Mccready, W. G. et Graves, L. (2013). Transforming health professional education through social accountability: École de médecine du Nord de l'Ontario du Canada *Medical Teacher*, 35(6), 490-496.

The Change Foundation. (2011). *Because this is the rainy day: A discussion paper on home care and informal caregiving for seniors with chronic health*. Extrait de <http://www.changefoundation.ca/library/because-this-is-the-rainy-day/>

Vingilis, E., Wade, T. et Seeley, J. (2007). Predictors of adolescent health care utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5), 773-800.

Walker, D. (2011). *Caring for our aging population and addressing alternate level of care*. Extrait de http://www.homecareontario.ca/documanager/files/news/report--walker_2011--ontario.pdf

Welch, M. et Welch, T. (2007). Early psychosis in rural areas. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 485-494.

Wenghofer, E. F., Timony, P. E., Pong, R. W. (2011). A closer look at Ontario's northern and southern rural physician demographics. *Rural Remote Health*, 11(2), 1591.



Conseil d'administration



Martin Bayer



Thérèse Bergeron-Hopson



Dr. Harley d'Entremont



Dr. George C. Macey



Hal J. McGonigal



Doug Murray



Gisèle Regimbal



Madge Richardson



Ray Riley

Chef de la direction



Charles Cirtwill

Conseil d'administration

Ron Arnold
Murray Coolican
Barbara Courte Elinesky
Brian Davey
Tony Dean
Don Drummond
John Fior
Ronald Garbutt
Frank Kallonen
Kathryn Poling

Conseil consultatif pour la recherche

Dr. John Allison
Dr. Randy Battochio
Dr. Robert Campbell
Jonathan Dewar
Dr. Livio Di Matteo
Dr. Morley Gunderson
Dr. Anne-Marie Mawhiney
Leata Ann Rigg
S. Brenda Small
Dr. Lindsay Tedds



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca