



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Commentaire No. 38 | Janvier 2020

On tourne en rond? La gestion des maladies chroniques : une priorité de la politique de santé du Nord de l'Ontario

Qui nous sommes

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.

Président et 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 guident l'orientation stratégique et y apportent une contribution; ils font de même en communication ainsi que pour les chercheurs ou personnes-ressources de la collectivité élargie. Ils sont pour de l'Institut des politiques du Nord une « source de plus mûre réflexion » sur l'orientation et les tactiques organisationnelles globales.

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.

Président & CEO

Charles Cirtwill

Conseil d'administration

Pierre Bélanger (Chair)
Dr. Brian Tucker (Trésorier)
Suzanne Bélanger-Fontaine
Dave Canfield
Kevin Eshkawkogan
Florence MacLean (Vice-présidente du Nord-Ouest)
Corina Moore

Dwayne Nashkawa (Secrétaire)
Emilio Rigato
Alan Spacek
Asima Vezina (Vice-présidente du Nord-Est)
Charles Cirtwill (Présidente & CEO)

Conseil consultative

Michael Atkins
Kim Jo Bliss
Jean Pierre Chabot
Dr. Michael DeGagné
Don Drummond
Audrey Gilbeau
Peter Goring

Cheryl Kennelly
Winter Dawn Lipscombe
Dr. George C. Macey
Ogimaa Duke Peltier
Danielle Perras
Bill Spinney
David Thompson

Conseil consultative pour la recherche

Dr. Hugo Asselin
Dr. Gayle Broad
George Burton
Dr. Heather Hall
Dr. Livio Di Matteo
Dr. Barry Prentice

Leata Ann Rigg
Dr. David Robinson
S. Brenda Small
J.D. Snyder
Dr. Lindsay Tedds

Ce rapport a été possible grâce à l'appui de nos partenaires : 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.

Les calculs de l'auteur sont basés sur les données disponibles au temps de publication et sont sujets aux changements.

Edité par Barry Norris
Traduit par Natalie Melanson-Martin

© 2020 Institut des politiques du Nord
Publication de l'Institut des politiques du Nord
874, rue Tungsten
Thunder Bay, Ontario P7B 6T6
ISBN: 978-1-990372-04-9

À propos des auteurs

Christina McMillan Boyles

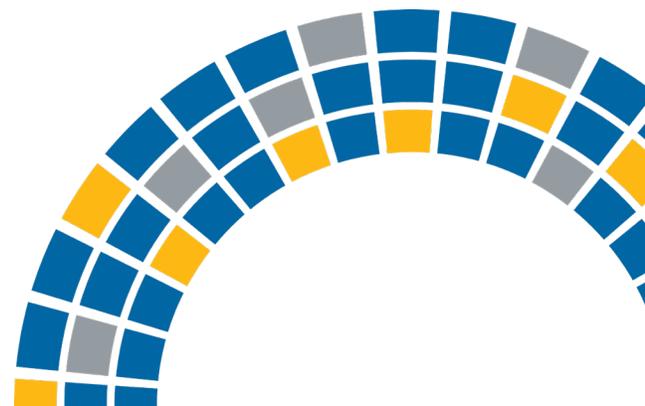


Christina McMillan Boyles RN, MScN est une infirmière diplômée et professeur assistant à l'école des sciences infirmières de l'Université Laurentienne. Parallèlement à sa maîtrise en sciences infirmières, elle a obtenu un diplôme de type II en services et politiques de santé. Actuellement, elle est étudiante au doctorat en santé interdisciplinaire à l'École de santé rurale et du Nord de l'Université Laurentienne. Elle est un membre actif de l'Ontario Respiratory Care Society (ORCS). Elle est la représentante régionale de l'ORCS pour le nord-est de l'Ontario et est membre du comité provincial de l'ORCS et du comité de recherche et de bourses. Elle est également membre de l'Association canadienne des professionnels de la santé respiratoire (ACPR), de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de la santé (ACRSPS), de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario (OIIO) et de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Elle a été membre de l'élaboration de la ligne directrice de l'AIIAO sur les meilleures pratiques (LDPE) pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Elle s'intéresse notamment aux maladies chroniques, à la BPCO, aux services de santé, aux politiques de santé, à la formation des infirmières et aux méthodes de recherche qualitative.

Celisse Bibr



Celisse Bibr est étudiante en deuxième année de doctorat dans le programme interdisciplinaire de santé rurale et du Nord à l'Université Laurentienne, et vient d'obtenir une maîtrise du programme interdisciplinaire de santé. Ses recherches actuelles portent sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foetale et explorent les efforts d'éducation et de sensibilisation dans le nord de l'Ontario.



À propos des auteurs

Nabima Sharma

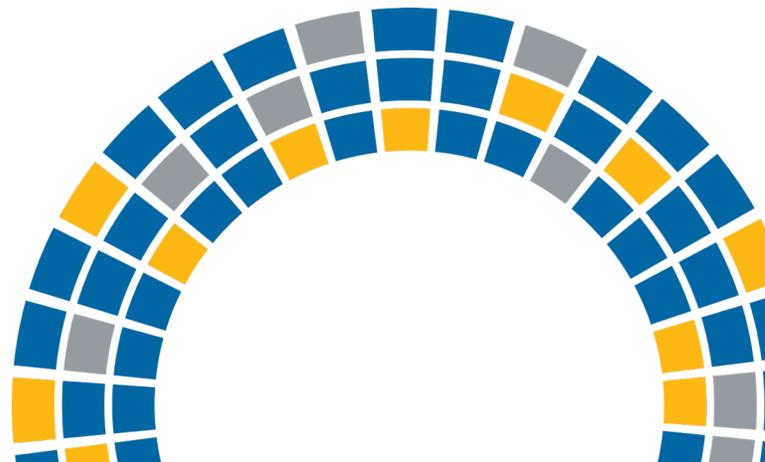


Nabima Sharma est en deuxième année de doctorat dans le programme interdisciplinaire de santé rurale et du Nord à l'Université Laurentienne. Elle a une maîtrise en santé publique du Népal et une expérience de travail avec les communautés rurales et autochtones du Népal. Ses intérêts de recherche sont la santé mondiale, le vieillissement de la population, la démence et les politiques de santé.

Zoe Higgins



Zoe Higgins est en deuxième année de doctorat dans le programme interdisciplinaire de santé en milieu rural et nordique de l'Université Laurentienne et orthophoniste pédiatrique à la Clinique d'orthophonie de l'Université Laurentienne. Je suis titulaire d'une maîtrise en sciences de la santé en orthophonie de l'Université d'Ottawa. Mes intérêts de recherche sont les pratiques d'évaluation de la parole et du langage chez les enfants des Premières nations, l'alphabétisation et le bilinguisme.



Résumé

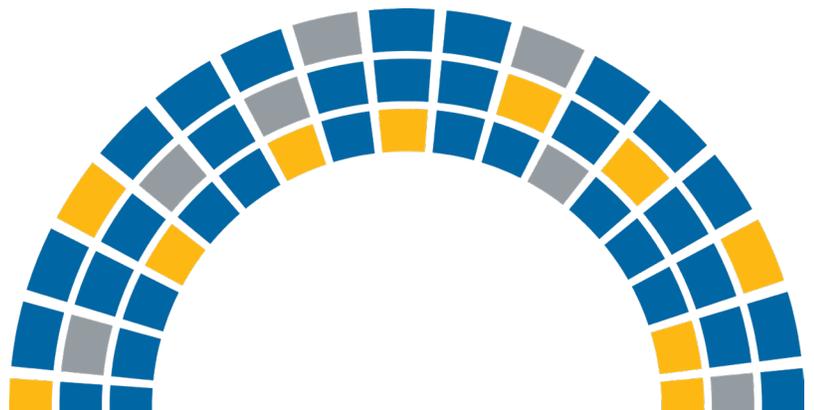
Les besoins de la population canadienne en matière de soins de santé sont toujours en évolution. En effet, en 2019, le gouvernement de l'Ontario a annoncé son intention de transformer le système de santé de la province en un système plus efficace et plus adapté à tous les besoins. Cependant, à l'instar de toute réforme politique, chaque région de la province a ses spécificités, et les besoins et priorités du Nord de l'Ontario diffèrent de ceux des autres régions.

C'est dans ce contexte que les auteurs de ce document examinent la gestion des maladies chroniques dans le Nord de l'Ontario, discutant des réformes du système de soins de santé qui doivent répondre aux besoins uniques de la population de cette région en ce qui concerne l'accès à des soins efficaces pour les maladies chroniques ainsi que leur prestation. Une approche prometteuse de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est le programme INSPIRED (**I**mplementing a **N**ovel and **S**upportive **P**rogram of **I**ndividualized care for patients and families living with **R**espiratory **D**isease — mise en œuvre d'un programme novateur de soutien aux soins personnalisés pour les patients et familles vivant avec une maladie respiratoire), qui s'est révélé capable de réduire le nombre de visites inutiles aux prestataires de soins de santé par les personnes atteintes de cette maladie. Bien que cette approche ait été appliquée dans d'autres régions de l'Ontario et ailleurs au Canada, elle n'a pas encore été expérimentée dans le Nord de notre province.

La conclusion de ce document indique que le modèle d'assurance-maladie — ainsi que le système de santé lui-même — aurait grandement besoin de mises à jour afin de répondre aux besoins changeants de la population nord-ontarienne en matière de santé. Il est indispensable de mettre en œuvre une politique qui est ciblée et qui continue de prioriser la gestion efficace des maladies chroniques pour assurer des soins de santé de qualité dans le Nord de l'Ontario.

Introduction

Étant donné que les maladies chroniques constituent un problème de santé prédominant, leur gestion doit rester une priorité de la politique de santé pour le Nord de l'Ontario, qui ne doit pas continuer à être le cousin pauvre de son homologue du Sud. L'intention de ce document est d'attirer l'attention des décideurs politiques de la province sur les particularités du Nord de la province ainsi que sur les inégalités et les disparités auxquelles sont confrontés ses citoyens et citoyennes en matière de santé. Les auteurs examinent de façon critique le modèle d'assurance-maladie et la nécessité de faire évoluer ses modes de prestation et de financement pour s'assurer qu'il répond aux besoins de la population canadienne, notamment des personnes vivant avec une maladie chronique dans les collectivités du Nord. Malgré les efforts déployés pour atténuer les effets des maladies chroniques, les personnes qui en sont atteintes continuent à faire un usage intensif des services de santé. À moins que des changements fondamentaux ne soient apportés au financement et à la prestation de notre système de santé, nous pourrions être contraints de continuer à tourner en rond en ce qui concerne la gestion des maladies chroniques dans le Nord de l'Ontario.



Contexte

Le régime d'assurance-maladie canadien est un pilier de notre identité nationale et une source de fierté pour de nombreux Canadiens et Canadiennes (Armstrong et Armstrong, 2010; Coletta, 2018; Martin, 2017; Picard, 2017). Si ce régime permet de couvrir efficacement les frais d'hospitalisation et les honoraires des médecins, son application limitée entraîne toutefois des lacunes dans la couverture et des difficultés pour garantir un accès équitable (Marchildon, 2013, xxi). Ces problèmes sont amplifiés dans le contexte des régions rurales et du Nord de la province pour plusieurs raisons, y compris la faiblesse et la grande dispersion des populations, le manque de prestataires de soins et de spécialistes, la distance et la nécessité de se déplacer pour obtenir des services, le manque de services et les différences dans les déterminants sociaux de la santé. Depuis quelques années, l'exhaustivité et la viabilité financière du système de santé canadien suscitent des inquiétudes (Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé [GCISS], 2015; Marchildon, 2013, xv). C'est le système fédéral de gouvernement qui a façonné le développement de l'assurance-maladie au Canada (Martin, 2017, 23). La prestation des services de santé relève de chaque province et territoire, tandis que le gouvernement fédéral est chargé de fournir un soutien financier aux soins de santé dans ces territoires (Marchildon, 2013, 21; Martin, 2017, 24). Sachant cela, les gouvernements fédéral et provincial de l'Ontario ont mis en place des stratégies pour traiter des questions complexes. Plus précisément, le gouvernement ontarien a proposé les priorités suivantes : améliorer l'accès, relier les services de santé, informer la population ontarienne et protéger le système de santé public universel (Hoskins 2016a, 2016b; ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLD], 2015b, 9).

C'est l'endroit où l'on vit qui détermine l'accès aux soins de santé, et l'expérience des gens habitant dans les régions rurales et du Nord de l'Ontario est très différente de celle de leurs homologues du Sud. Plus particulièrement, les personnes vivant dans le Nord ontarien sont confrontées à des problèmes concernant : 1) l'accès à des services de santé complets, ponctuels et de qualité (Kulig et Williams, 2012, 6); 2) des besoins de santé spécifiques, notamment des taux plus élevés d'incidence, de prévalence, de morbidité et/ou de mortalité liés aux maladies (Qualité des services de santé Ontario [QSSO], 2018, 25; Kulig et Williams, 2012, 2; Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est [RLISSNE], 2016, 8-9); et 3) l'utilisation des services de santé (Kulig et Williams, 2012, 60; RLISSNE, 2016, 8-9). Compte tenu de cela, il est essentiel que les objectifs provinciaux soient pris en compte dans le contexte du Nord de l'Ontario.

Les Réseaux locaux d'intégration des services de santé du Nord-Ouest (RLISSNO) et du Nord-Est (RLISSNE) sont respectivement les premier et deuxième plus grands RLISS de l'Ontario (RLISSNO, 2014, paragr. 1). Bien que le Nord de l'Ontario soit immense, représentant 91 % de la masse terrestre de la province, il n'abrite que 6 % de sa population (RLISSNO, 2018, 18; RLISSNE, 2014, 6). Cela équivaut à une densité de population de 2 personnes par km² dans le Nord-Est et de 0,5 personne par km² dans le Nord-Ouest, alors que la moyenne provinciale est de 14,8 personnes par km² (Statistique Canada, 2017a; 2017b). En outre, 30 % de la population desservie par le RLISSNE et 34,2 % de celle desservie par le RLISSNO vivent dans des régions rurales, comparativement à la moyenne provinciale de 14 % (RLISSNE 2016, 9; RLISSNO, 2017, 7). La Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario, telle que définie par Qualité des services de santé Ontario (QSSO), met en évidence les inégalités en matière de santé dont souffrent les habitants du Nord. Cette stratégie énonce des recommandations d'action, notamment la création d'un réseau d'équité en matière de santé dans le Nord, élaboré « dans le Nord, par le Nord et pour le Nord » (QSSO, 2018, 1).

En ce qui concerne la gestion des maladies chroniques, les disparités et les inégalités entre les provinces en matière de santé sont amplifiées par la façon dont les ressources de soins de santé sont distribuées dans le Nord. Par exemple, même si l'Ontario comptait 26 502 médecins en 2017, seulement 4,6 % d'entre eux se trouvaient en dehors des régions métropolitaines de recensement (RMR) ou des agglomérations de recensement (AR) (Statistique Canada, 2015)¹. Cette répartition était la plus faible au Canada, et bien en dessous de la moyenne nationale de 8,2 % (Association médicale canadienne [AMA], 2018). En 2017, dans les deux RMR du Nord de l'Ontario, il y avait 382 médecins (généralistes et spécialistes) à Sudbury et 334 médecins à Thunder Bay (AMA, 2017).

Ce problème est aggravé par la pénurie de spécialistes médicaux tels que les pneumologues, les gériatologues, les néonatalogues, les cardiologues et les spécialistes des maladies infectieuses (CBC News, 2014). Par exemple, en 2013, il y avait 200 postes de spécialistes vacants dans le Nord de l'Ontario (RLISSNE, 2014, 8). Même si le gouvernement ontarien

¹ Les RMR sont des zones situées autour d'un noyau urbain comptant au moins 100 000 habitants, dont au moins 50 000 vivent dans celui-ci. Les agglomérations de recensement, quant à elles, sont situées autour d'un noyau urbain comptant au moins 10 000 habitants (Statistique Canada, 2015).

a proposé des mesures pour remédier à la pénurie de médecins dans le Nord en offrant des incitations au recrutement et à la fidélisation des professionnels de la santé dans la région (MSSLD, 2013, paragr. 1), l'accès aux soins dans la région reste problématique. Il importe toutefois de noter que, depuis 2011, 94 % des diplômés de l'École de médecine du Nord de l'Ontario ont ouvert des cabinets dans le Nord (CBC News, 2017).

Les problèmes liés à la fois aux insuffisances et à la mauvaise répartition des ressources humaines en santé dans le Nord de l'Ontario sont bien documentés (RLISSNE, 2014). Cela suggère un déséquilibre entre les endroits où les services sont offerts et ceux où réside la population cible, ce qui entraîne des difficultés concernant l'accès à des services de santé complets et coordonnés pour la gestion des maladies chroniques. Ce déséquilibre est attribuable, en partie, à la répartition des professionnels de la santé dans le Nord de l'Ontario. L'isolement professionnel, l'augmentation du nombre de clients et la diminution de l'accès à la formation continue ne représentent que quelques-uns des défis auxquels sont confrontés les professionnels de la santé de la région (RLISSNE, 2014, 10). Par conséquent, les professionnels de la santé ont plutôt tendance à travailler dans les grands centres comme Sudbury ou Thunder Bay.

Bien que les modèles interprofessionnels de soins de santé (comme les équipes de santé familiale) soient en mesure de réduire quelque peu les effets néfastes de ce déséquilibre (Donato, 2015), ils sont souvent adaptés aux réalités locales selon une approche non standardisée. Cela peut nuire à la coordination des services entre les centres de santé, ce qui constitue un aspect essentiel des soins de santé dans le Nord. En raison de la distribution disparate des services dans la région ainsi que de son éloignement, les gens doivent souvent se déplacer pour recevoir les soins dont ils ont besoin (Statistique Canada, 2015). Cependant, les déplacements dans le Nord peuvent être dangereux et onéreux compte tenu des conditions météorologiques et routières, surtout pour les personnes en mauvaise santé. Cela constitue un obstacle supplémentaire aux soins et amène souvent les gens à renoncer aux services de santé dont ils ont besoin (Statistique Canada, 2015).

Les initiatives provinciales telles que le Réseau de télémédecine de l'Ontario ont pour objectif d'atténuer le besoin de se déplacer pour recevoir des soins de santé, mais il faut pour cela que la communauté dispose de ressources financières (Réseau de télémédecine de l'Ontario, 2015). Toutefois, les coûts des équipements et les difficultés liées à la technologie peuvent faire obstacle à l'obtention de soins complets de qualité. Il n'est pas toujours possible pour les habitants du Nord de l'Ontario de voir leur fournisseur de soins au moment où ils en ont besoin, et ils doivent parfois avoir recours aux services d'urgence des hôpitaux. Dans le Nord, jusqu'à 60 % des visites aux services d'urgence par des individus ayant accès à des soins primaires auraient pu être évitées si le prestataire de ces soins avait été disponible (QSSO, 2017b, 40). Cela illustre que la situation ne s'est pas améliorée en ce qui concerne les visites de suivi après l'hospitalisation et qu'il faut encore améliorer la transition entre les soins de courte durée et les soins de santé communautaires. Étant donné que les personnes souffrant de maladies chroniques « ont des besoins complexes en matière de soins qui nécessitent l'accès à des soins primaires, à des soins à domicile, à des hôpitaux et à des spécialistes... [il] est essentiel d'assurer une transition harmonieuse entre ces types de soins » (QSSO, 2013, 5). Dans l'ensemble, les obstacles qu'on retrouve dans le Nord de l'Ontario, tant sur le plan géographique que temporel, contribuent à la fragmentation des soins et, en fin de compte, à une disparité des soins de santé par rapport au Sud de l'Ontario.

Maintenant qu'on reconnaît les obstacles que rencontrent les habitants du Nord de l'Ontario, on a commencé à prendre des initiatives pour les atténuer. La mise en place d'équipes de santé familiale (MSSLD, 2016, paragr. 1) en est un exemple prometteur. Malgré le manque de coordination entre les centres, comme indiqué précédemment, les équipes de santé familiale permettent de réduire les obstacles en fournissant des services interdisciplinaires et en dehors des heures d'ouverture, dans un effort coordonné pour répondre aux besoins de leurs communautés (MSSLD, 2016b). Ces équipes contribuent à réduire les obstacles liés au lieu et au temps, car l'accès local à une variété de professionnels de la santé peut réduire le besoin de se déplacer. En outre, les visites inutiles aux services d'urgence peuvent être évitées grâce à l'accès aux services en dehors des heures d'ouverture. En raison de l'ampleur du Nord de l'Ontario et de la faible densité de population de la région, il est difficile pour de telles initiatives d'être aussi efficaces que possible. Il faut donc tenir compte de cette répartition, ce qui est particulièrement important pour les affections complexes où les gens ont besoin de soins interdisciplinaires prolongés, comme dans le cas des maladies chroniques.



Gestion des maladies chroniques

Aujourd'hui, les Canadiennes et Canadiens vivent généralement plus longtemps et sont en meilleure santé; cependant, beaucoup d'entre eux sont également atteints de maladies chroniques multiples (Conseil canadien de la santé [CCS], 2007; Morgan, Zamora et Hindmarsh, 2007; Ploeg et coll., 2019). Cela s'explique en partie par les progrès de la médecine, qui peuvent transformer les maladies aiguës potentiellement mortelles en maladies chroniques (Morgan, Zamora et Hindmarsh, 2007, 7), de sorte que les patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques auraient besoin de services de santé multiples et coûteux. Si le nombre toujours croissant de malades chroniques n'est pas bien géré dans la communauté, ceux-ci se retrouvent souvent dans les hôpitaux et les services d'urgence à chaque fois que leur condition s'aggrave (CCS, 2007, 9; Martin, 2017, 36), une situation qui nuit à la viabilité du système de soins de santé et qui n'a pas d'effet positif sur leur qualité de vie. Les facteurs qui expliquent ce phénomène sont notamment le manque d'accès à un prestataire de soins et à des services de santé appropriés, le fait que les problèmes sous-jacents ne soient pas entièrement résolus, ou simplement le fait de ne pas avoir d'autre endroit où aller. La principale raison de cette situation est le mode de prestation et de financement du système de soins de santé canadien. Créée dans les années 1950 et conçue expressément pour traiter les patients ayant des besoins aigus et épisodiques (Picard, 2017; Verma et coll., 2014), cette approche réactive ne correspond pas aux approches proactives dans le domaine, comme celles de la santé publique ainsi que d'autres approches suggérées qui visent à faire évoluer le système de santé et dont il sera question plus loin.

Le cancer et le diabète ainsi que les affections cardiovasculaires et respiratoires sont les quatre maladies chroniques qui sont responsables de 79 % de tous les décès en Ontario (Ontario, 2018). Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario s'intéresse aux personnes qui utilisent des services et des ressources à coût élevé, car ce petit groupe de la population ontarienne représente une part importante des dépenses de santé. On estime que 39 000 Ontariens et Ontariennes sont responsables de 30 % de toutes les dépenses liées aux soins hospitaliers et à domicile (Institut canadien d'information sur la santé, 2014). Au cours de l'exercice financier 2018/19, les dépenses de santé en Ontario se sont élevées à 61,3 milliards de dollars, en hausse par rapport aux 59,3 milliards de dollars de l'année précédente (Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario, 2019). Ces données suggèrent qu'environ 20,4 milliards de dollars de dépenses en soins de santé sont destinés à seulement 0,3 % de la population, un montant qui est appelé à augmenter à mesure que le nombre de malades chroniques augmentera en Ontario. Selon une autre étude, en 2013, 5 % des utilisateurs de soins de santé ont dépensé 61 % du financement des hôpitaux et des soins à domicile (Rais et coll., 2013). En 2011, les coûts directs des soins de santé liés uniquement aux maladies pulmonaires en Ontario s'élevaient à environ 5,1 milliards de dollars (Smetanin et coll., 2011). En 2010, les coûts directs des soins de santé pour le diabète étaient de 4,9 milliards de dollars, tandis que les coûts directs et indirects pour les maladies cardiovasculaires en 2009 et le cancer en 2011 étaient respectivement de 22 milliards et 7 milliards de dollars (Ontario Chronic Disease Prevention Alliance, 2014), et il est probable que ces coûts augmenteront encore. En bref, les maladies chroniques représentent un coût exorbitant pour le système de santé. Sur le plan national, on estime que les personnes âgées représenteront plus de 25 % de la population canadienne au milieu du siècle, comparativement à moins de 15 % au début de ce siècle (Clemens et Velhuis, 2018). Ce groupe est celui qui engendre le plus de dépenses de soins de santé.

On considère que les malades chroniques engendrent des coûts élevés de santé, car ils ont fréquemment recours aux services de soins et ont besoin d'une quantité importante de ressources. Dans la région du RLISSNE, les taux d'incidence et de prévalence de certaines maladies chroniques ainsi que le taux d'hospitalisation et le nombre de visites aux urgences liés à celles-ci sont parmi les plus élevés de la province, notamment en ce qui concerne la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (Gershon, Mecredy et Ratnasingham 2017), le diabète (Booth et coll., 2012) et les accidents vasculaires cérébraux (Hall et coll., 2018). Selon QSSO, dans la région du RLISSNO, 24,5 % des gens ont déclaré avoir deux maladies chroniques ou plus, alors que dans la région du RLISSNE, ce taux était de 25,3 %. Le taux provincial, quant à lui, se situe à 19,7 % (QSSO, 2017a, 24).

Les membres des Premières Nations et les Métis sont également plus susceptibles d'être atteints de maladies chroniques, qui peuvent être attribuées aux conditions socio-économiques ainsi qu'aux possibilités limitées d'activité physique (QSSO 2017a, 24; 2018, 25). On rapporte qu'environ 21 % des membres des Premières Nations sont atteints de diabète, alors que les moyennes provinciales et du Nord de l'Ontario se situent entre 10 et 13 % (QSSO 2018, 25).

Enfin, c'est la région du RLISSNO qui a les taux les plus élevés de réadmission dans l'année pour la MPOC, le diabète et l'insuffisance cardiaque chronique (RLISSNO, 2018, 20). Compte tenu des taux plus élevés d'incidence et de prévalence des maladies chroniques et de la plus grande utilisation des services de soins par les personnes vivant dans le Nord de l'Ontario, cela fait ressortir davantage les disparités et les inégalités en matière de santé que connaît la population de cette région. Cela confirme également qu'il faut encore apporter des changements dans la gestion des maladies chroniques pour les gens du Nord. C'est pourquoi une approche globale de la gestion des maladies chroniques permettrait de mieux équilibrer les dépenses de santé en Ontario.

Le discours sur l'amélioration de la continuité et de la coordination des soins vise à faciliter les transitions des patients, à réduire la fragmentation et à améliorer la cohérence des services, peu importe où ils se trouvent dans la province (QSSO 2018, 7; Hoskins, 2016b; RLISSNE, 2016, 18). Le modèle de soins chroniques de Wagner (1998) est souvent cité dans la littérature comme un exemple de combinaison de stratégies à plusieurs volets pour améliorer les soins aux malades chroniques. Barr et coll. (2003) ont amélioré le modèle pour y inclure des éléments de promotion de la santé de la population et des efforts de prévention, ainsi que la reconnaissance des déterminants sociaux de la santé et une participation accrue de la communauté. La gestion des maladies chroniques doit également comprendre une approche en amont qui s'attaque aux causes profondes de la maladie ou à ses facteurs contributifs afin de tenter de la prévenir tout en tenant compte des effets des déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, le logement, l'éducation, la sécurité alimentaire, la race et le sexe (Barr et coll., 2003; Marchildon, 2013; Martin, 2017). Cette conception de la gestion des maladies chroniques fait apparaître des liens évidents entre le système de soins de santé et la communauté. Elle met également l'accent sur de nombreux aspects des soins chroniques, notamment la structure du système de prestation, l'autogestion et l'élaboration de politiques publiques saines. Cette approche nous encourage également à réfléchir à une réorientation des services de santé qui irait au-delà de la fourniture de services cliniques et curatifs pour se concentrer sur un mandat élargi qui soutient de manière plus holistique les individus et les communautés (Barr et coll., 2003, 78).

En mettant l'accent sur la prévention et la gestion des maladies chroniques (PGMC), on transformerait le système de soins de santé et on favoriserait sa viabilité (Morgan, Zamora et Hindmarsh, 2007, 7). Actuellement, celui-ci ne permet pas aux médecins et autres prestataires de soins de santé connexes d'assurer une PGMC coordonnée et complète pour des raisons liées notamment à la façon dont le système est conçu, à la fragmentation des soins et à l'absence de systèmes d'information clinique qui permettent un échange approprié des informations nécessaires pour prendre des décisions cliniques efficaces (8). Par ailleurs, afin de combler le déficit de la PGMC, il faudrait se concentrer sur des modèles de soins² basés sur la population et centrés sur le patient qui englobent des stratégies de promotion de la santé et de prévention des maladies (9). Cela devrait se faire en tenant compte des besoins des personnes qui vivent actuellement avec une maladie chronique en ce qui concerne la gestion de la maladie et en veillant à ce qu'elles reçoivent en temps utile des soins coordonnés, continus et appropriés dans tous les secteurs du système de soins de santé.

En mettant l'accent sur la PGMC et sur la communauté, on réduirait les coûts en assurant une plus grande continuité des soins. Les difficultés d'accès aux services dans le Nord de l'Ontario se traduisent par une fragmentation des soins entre les secteurs de la santé, ce qui affecte directement les personnes atteintes de maladies chroniques, comme on peut le constater par leur utilisation accrue des services de santé. Les efforts déployés par les RLISS de la province dans le cadre de l'initiative des Maillons santé communautaires (RLISSNE, 2016, 17) visent à fournir des soins coordonnés, cohérents et efficaces aux personnes atteintes de maladies complexes. Les programmes communautaires de soins paramédicaux conçus pour aider à leur domicile les personnes âgées et les patients ayant de grands besoins afin d'éviter les visites aux urgences et les admissions à l'hôpital en sont un exemple concret (RLISSNE, 2014). Jusqu'à présent, ces programmes sont en cours dans les villes de Sudbury et de Thunder Bay et dans les régions qu'elles desservent (Ville du Grand Sudbury, s. d.; Ville de Thunder Bay, s. d.; RLISSNO s. d.; Tbnnews.com, 2016). En 2017, le gouvernement de l'Ontario a investi 771 200 dollars dans des programmes de médecine communautaire dans la région du RLISSNE, dont Cochrane, Manitoulin-Sudbury, Algoma, Nipissing et Parry Sound (RLISSNE, 2017). Dans la région du RLISSNO, en janvier 2017, des projets de soins paramédicaux communautaires et de télésoins à domicile étaient en cours à Thunder Bay, et ils ont été élargis pour englober la sous-région du district cette municipalité (RLISSNO, s. d.). Il est possible de poursuivre cette initiative en ayant l'objectif fiscal de réduire l'utilisation et les coûts inutiles des services de santé. Ces programmes offrent également aux patients une formation sur l'autogestion des maladies chroniques. Il reste à voir, à ce stade, quel sera le sort de ces initiatives à la suite des changements que le gouvernement de l'Ontario a récemment annoncés dans les services de santé. Ces changements et leurs implications par rapport à la gestion des maladies chroniques sont discutés plus loin dans cet article.

2 Un modèle basé sur la population se concentre sur un groupe particulier d'individus, tandis que dans un modèle centré sur le patient, non seulement les soins sont fournis en fonction des besoins de santé de l'individu, mais le patient joue aussi un rôle actif (Iowa Department of Public Health, 2016; OneView, 2015).

La Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé (FCASS) (Verma et coll., 2014) soutient les efforts déployés en matière de PGM. Une approche communautaire globale qui soutient les malades chroniques permettrait de réduire le nombre de visites évitables aux services d'urgence et de soins de courte durée, ainsi que les réadmissions. Cette approche assurerait l'accès à une équipe de soins qui répondrait aux besoins de santé des personnes à domicile ou dans leur communauté et qui interviendrait de manière appropriée, réduisant ainsi le recours inutile aux services de santé et, conséquemment, les coûts des soins de santé.

Les données concernant le recours aux services de santé, l'hospitalisation et les visites aux urgences dans le Nord de l'Ontario indiquent qu'il faut aborder la question de la continuité des soins entre les milieux de soins communautaires et ceux de courte durée. Une approche qui a été adoptée sporadiquement à l'échelle provinciale et nationale, dont les avantages et les preuves documentés ont démontré qu'elle réduisait le phénomène de la porte tournante que connaissent souvent les personnes atteintes de MPOC, est le programme INSPIRED, acronyme de **I**mplementing a **N**ovel and **S**upportive **P**rogram of **I**ndividualized care for patients and families living with **R**espiratory **D**isease (mise en œuvre d'un programme novateur de soutien aux soins personnalisés pour les patients et familles vivant avec une maladie respiratoire) (FCASS, 2017; s. d.-b; Marciniuk et coll., 2010; O'Donnell et coll., 2008; Picard, 2018).

Depuis 2014, le programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC — un partenariat de collaboration pour l'amélioration de la qualité entre la FCASS et Boehringer Ingelheim (Canada) Ltd. — a permis de financer, de former, d'encadrer et de fournir des ressources à un réseau de 19 équipes interprofessionnelles de soins de santé dans tout le Canada. Chaque équipe a reçu 50 000 dollars de financement de démarrage pour adapter et mettre en œuvre le programme. Par exemple, il a permis de réduire de 60 % les visites aux services d'urgence, les admissions à l'hôpital et la durée d'hospitalisation au Queen Elizabeth II Health Sciences Centre de Halifax (FCASS, s. d.-a). Bien que sept équipes de soins de santé ainsi que des établissements associés aient mis en œuvre le programme INSPIRED en Ontario, il n'existe pas dans le Nord de la province ni dans aucune autre région rurale ou éloignée du Nord (FCASS, s. d.-b). Cela pourrait être attribuable en partie aux défis uniques et variés que doivent relever les régions plus petites et plus rurales du Nord de l'Ontario sur le plan de la géographie, de l'infrastructure et des ressources humaines en santé. Cependant, cela ne veut pas dire que les grands centres comme Sudbury ou Thunder Bay, ou les plaques tournantes régionales comme Sioux Lookout, ne pourraient pas adopter cette approche.

Ce programme est une initiative clinique qui permet de faciliter la transition de l'hôpital à la maison et qui, grâce à l'amélioration du processus de transition des soins, de l'autogestion et de la participation à la planification préalable des soins, a permis de réduire considérablement le recours aux soins de santé et leurs coûts associés (Gillis, Demmons et Rocker, 2017). Dans une entrevue diffusée dans le cadre de l'émission *The Current* de CBC News, le journaliste en santé et chroniqueur au *Globe and Mail* André Picard a déclaré qu'au Canada, « nous offrons d'excellents soins de santé, non pas à cause du système, mais en dépit du système » (traduction libre; cité dans Hoath, 2017, paragr. 11). Il a poursuivi en suggérant que le plus grand problème du Canada était de ne pas transposer ses succès à une échelle plus grande. Il existe de nombreux exemples d'excellentes initiatives relatives à la gestion des maladies chroniques qui ont été mises en œuvre dans diverses petites régions du pays, même en Ontario, mais qui n'ont pas été élargies ou « mises à l'échelle », en grande partie à cause des aspects de la prestation des soins de santé relevant des compétences fédérales et provinciales. Picard a ajouté que l'innovation est réprimée par la structure et l'administration du système de santé, et par le manque de leadership (Picard, 2017, 39). En ce qui concerne le leadership, Everett (2019, 12) note que dans le Nord de l'Ontario, la haute administration et les directions des conseils sont confrontées à des problèmes liés, entre autres, aux lacunes en matière de talent et de formation et à la planification de la relève, et qui peuvent affecter la capacité à innover. Compte tenu de ces défis, l'approche INSPIRED est un modèle que le Nord de l'Ontario devrait envisager pour la gestion des maladies chroniques.



Le programme INSPIRED de sensibilisation à la MPOC a déjà permis de réduire considérablement les taux de réadmission et les visites aux services d'urgence dans diverses communautés de l'Ontario. Selon la FCASS (s. d.-b), si ce programme était mis en œuvre dans tout le Canada, son effet serait le plus important en Ontario, car les coûts de santé évitables dans cette province représentent 39 % de toutes les économies prévues en matière de soins de santé dans le pays. La mise en œuvre du programme INSPIRED coûte environ 1 000 dollars par an par personne atteinte de MPOC, mais en cinq ans, il permettrait de réaliser des économies nettes de 263 millions de dollars en soins de santé en Ontario; pour chaque dollar dépensé dans le cadre de ce programme, on économiserait 21 dollars en santé (FCASS, s. d.-b). Ce type d'approche à la gestion des maladies chroniques assure des soins appropriés aux personnes qui en ont besoin tout en réduisant les coûts inutiles des soins de santé. Afin de généraliser des approches innovantes de gestion des maladies chroniques comme celle-ci, il faut créer un système qui se concentre sur cette gestion par le biais de modèles de financement et de prestation.

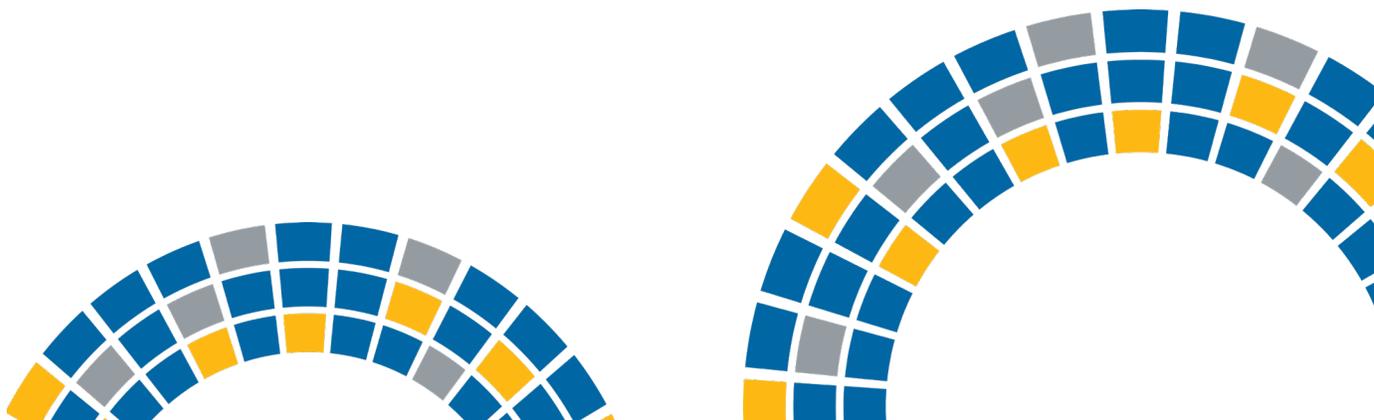
Afin de gérer les maladies chroniques, il faut insister sur le fait que les soins doivent être fournis au bon endroit et au bon moment (QSSO, 2017b, 62; MSSLD, 2015b, 12). Cette gestion s'aligne également sur le Projet de loi 41, Loi de 2016 donnant la priorité aux patients (voir Hoskins, 2016b), étant donné qu'elle a pour objectif de faciliter la transition des patients entre les différents secteurs et d'améliorer la cohérence des services, quel que soit l'endroit où ils se trouvent dans la province. En raison des coûts de santé importants que représentent les utilisateurs qui engendrent des coûts élevés, les interventions destinées à cette population permettent non seulement d'améliorer les résultats et la qualité de vie liée à la santé des patients, mais aussi de réduire les dépenses globales de santé (Chechulin et coll., 2014; CCS, 2007). Par conséquent, la gestion des maladies chroniques, qui comprend des transitions coordonnées et continues entre les soins de courte durée et les soins communautaires, devrait rester une priorité importante de la politique de santé, surtout dans le contexte unique du Nord de l'Ontario.



Discussion

Le thème central de ce document porte sur la fragmentation de l'accès aux soins coordonnés. Cette distribution inégale des services accentue les disparités vécues par la population nord-ontarienne, et plus particulièrement par les personnes souffrant de maladies chroniques. Les Canadiennes et Canadiens ont de plus en plus besoin de services ambulatoires et de soins aux malades externes basés dans la communauté; cependant, de telles approches ont toujours été négligées par le régime d'assurance-maladie, qui met l'accent sur les services dispensés dans les hôpitaux et par des médecins. Il est donc difficile pour le système de soins de santé de l'Ontario de répondre aux besoins actuels. Dans son livre *Better Now : Six Big Ideas to Improve Health Care for All Canadians*, la Dre Danielle Martin suggère que le décalage entre l'univers des soins primaires et l'univers hospitalier est une source permanente de difficultés pour les patients et d'irritation pour les prestataires de soins (Martin 2017, 72). En raison du manque de continuité des soins et de la communication inefficace entre les prestataires de soins primaires et le reste du système, il en résulte un gaspillage de temps et d'argent et une utilisation inappropriée des services et des ressources de santé. Reconnaisant les limites imposées par l'assurance-maladie et la nature complexe de la gestion des maladies chroniques, il est essentiel de prendre en compte les implications éthiques, morales, juridiques, sociales et politiques des initiatives mises en place pour y remédier. Parmi les sources potentielles de tension figurent la réaffectation des fonds destinés aux soins de santé à l'intérieur du système, la redistribution des ressources humaines dans le secteur de la santé et la reconfiguration des modalités et du lieu de prestation des services de santé. Et même s'il est possible que ces priorités n'apportent pas d'avantages immédiats ou évidents, ces actions pourraient avoir des effets bénéfiques à court et à long terme. Ces recommandations doivent donc être considérées comme un investissement dans l'avenir et comme un moyen de garantir la santé de la population non seulement du Nord de l'Ontario, mais de toute la province.

Dans le cadre de la Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario (QSSO, 2018), l'une des grandes priorités de la politique de santé dans cette région est de remédier à la disparité des ressources humaines et des services de santé en facilitant la coordination et la communication entre les centres, afin d'assurer l'accès à des soins coordonnés ainsi que des transitions en douceur grâce à des approches innovantes dans la gestion des maladies chroniques. Récemment, le gouvernement de l'Ontario a annoncé une stratégie destinée à transformer les soins de santé en fusionnant et en regroupant 20 organismes de santé en une « super agence » qui mettra sur pied des équipes de santé locales pour coordonner les soins; il s'agit notamment d'Action Cancer Ontario, de cyberSanté Ontario, du Réseau Trillium pour le don de vie, de Services communs pour la santé Ontario, de QSSO et de l'Agence de promotion et de recrutement de ProfessionsSantéOntario (Crowe, 2019, paragr. 2; Jeffords et Jones, 2019, paragr. 1). Le gouvernement entend ainsi remédier à la fragmentation du système en offrant un accès transparent à tous les services de santé. De plus, la province estime que la fusion des unités de santé de l'Ontario permettra d'économiser 200 millions de dollars par an d'ici 2021-2022 (Langlois, 2019). Par contre, selon Agnes Grudniewicz, une chercheuse en systèmes de santé de l'École de gestion Telfer à l'Université d'Ottawa, rien ne prouve que la centralisation du système de prestation de soins de santé puisse améliorer les soins et réduire les coûts (cité dans Payne, 2019, paragr. 12). Dans le même ordre d'idées, le Dr Bob Bell, ancien vice-ministre de la Santé de l'Ontario, craint que le plan du gouvernement actuel visant à transformer les soins de santé ne vienne réparer ce qui n'est pas cassé, ou casser ce qui fonctionne encore. Par exemple, malgré son excellente réputation, Action Cancer Ontario, l'organisme provincial de services de cancérologie, sera néanmoins absorbé par la nouvelle super agence (Crowe, 2019, paragr. 20). Dans l'ensemble, depuis l'annonce, un certain scepticisme règne quant à l'utilité de ces changements, mais tant que le plan ne sera pas finalisé, il sera difficile de prévoir les véritables économies ou des soins plus pertinents et efficaces.



En outre, le gouvernement de l'Ontario a fixé le financement des hôpitaux publics à un niveau inférieur au taux d'inflation et de croissance de la population, privant ainsi les gens des soins de santé dont ils ont besoin (Ontario Health Coalition, 2019, paragr. 1). Comme les malades chroniques ont recours aux services hospitaliers le plus souvent, ce sont eux qui seront les plus touchés. Le gouvernement a également annoncé des changements dans la manière dont les services de santé publique seront organisés dans toute la province ainsi que son intention de réduire le budget de ceux-ci de près d'un tiers. Cela entraînera une réduction du nombre d'unités de santé dans la province de 35 à 10, ainsi qu'une réduction et une restructuration des services d'ambulance, ce qui donnera 10 immenses régions au lieu des 59 précédentes (Ontario Health Coalition, 2019, paragr. 1). Ces coupes et ces changements au niveau du gouvernement ont le potentiel d'affecter les approches proactives en matière de santé et la gestion des maladies chroniques dans la province, notamment l'accès à des services de santé complets, ponctuels et de qualité dans le Nord de l'Ontario (paragr. 14). Cette approche ne correspond pas à la priorité accordée à des services de santé communautaire et publique, qui comprennent des efforts de promotion de la santé et de prévention des maladies. De plus, cette annonce va à l'encontre d'un modèle de PGMC.

Depuis l'annonce de la stratégie, de nombreux groupes intéressés et/ou impliqués ont ajouté leur voix au discours public concernant ses répercussions. Malgré cela, il reste à voir comment se dérouleront la transformation du système de santé et la législation associée proposées par le gouvernement actuel de l'Ontario, ou quels effets celles-ci auront sur la gestion des maladies chroniques dans le Nord de l'Ontario. De toute évidence, la gestion des maladies chroniques doit rester une priorité de la politique de santé, surtout dans le contexte diversifié de cette région. Lorsqu'il existe des disparités en matière de santé et que le manque d'attention persiste, il faut les remettre en question. On ne sait pas non plus comment les changements proposés répondront aux besoins uniques du Nord ontarien ni comment ils pourront atténuer les disparités et les inégalités dont souffrent ses habitants en matière de santé. Étant donné que ce sont les provinces qui sont responsables de la prestation et de l'organisation des soins de santé, les décisions et les politiques qui sont adoptées ou abrogées sont largement influencées par les modalités de financement des soins de santé dans le cadre du modèle d'assurance-maladie canadien.



L'évolution nécessaire de l'assurance-maladie

Il ne fait aucun doute que les Canadiennes et Canadiens valorisent leur système de soins de santé emblématique, qui leur permet d'obtenir des services de santé en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Toutefois, ce système n'est pas sans difficulté et présente des lacunes; certains de ses aspects fonctionnent et d'autres non. L'évolution nécessaire de l'assurance-maladie fait l'objet de discussions depuis près de deux décennies (Clemens et Veldhuis, 2018; Marchildon, 2013; Martin, 2017; Picard, 2017; Romanow, 2002). Cette discussion a sans doute été lancée par le travail fondamental de Roy Romanow qui, en 2001, a été nommé président de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada et chargé par le gouvernement fédéral d'engager un dialogue avec la population canadienne et de les interroger sur l'avenir du système de santé publique de leur pays. On lui a également demandé de recommander des politiques et des mesures, respectueuses du pouvoir juridique, qui seraient nécessaires pour assurer la viabilité à long terme d'un système de santé financé par l'État, accessible à tous et offrant des services de qualité. Dans son rapport détaillé, Romanow (2002) a proposé un ensemble de recommandations pour améliorer l'accès et garantir la qualité en investissant dans les prestataires de soins de santé, les soins de santé primaires et la prévention, les soins à domicile et les médicaments sur ordonnance. Il s'est également penché spécifiquement sur la nécessité de remédier aux disparités en matière de santé et d'accès aux soins pour les communautés rurales et éloignées. Les travaux de la Commission sont à la base des discussions sur le système de santé canadien et ont des implications directes sur la gestion des maladies chroniques.

Pourtant, que s'est-il passé depuis le rapport Romanow? A-t-on effectué des changements sur la base de ses recommandations détaillées? En 2012, dix ans après la publication du rapport, l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé a organisé une journée de rétrospective/prospective sur la Commission (Adams, 2012). Le message principal était la demande répétée pour que le gouvernement fédéral fasse avancer les recommandations de la Commission. Dans les années qui ont suivi le rapport Romanow, les fluctuations dans les fonds fédéraux consacrés à la santé ont permis de mieux comprendre les priorités des différents gouvernements de l'époque en matière de santé (Adams, 2012; Fuller, 2017; Lewis, 2013; Marchildon, 2013). Dans son examen du système de santé canadien, Marchildon (2013) a suggéré qu'aucun grand effort n'avait été consacré aux soins de santé dans les régions rurales ou éloignées, que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les organismes autochtones n'avaient pris aucune mesure importante pour travailler ensemble à la prise en charge des soins de santé des Autochtones, et que le régime d'assurance-maladie était resté inchangé. Toutefois, comme le suggère Lewis (2013), il est facile d'appeler au changement en ce qui concerne la politique de santé canadienne, mais il est beaucoup plus difficile d'y donner suite.

Plus récemment, le débat sur la nécessité de réformer et de repenser le système de santé s'est poursuivi (voir, par exemple, Clemens et Veldhuis, 2018; Fuller, 2017; Martin, 2017; Picard, 2017). Fuller (2017) suggère que l'expansion du système de santé public canadien est exactement ce qu'il faut faire maintenant. Elle poursuit en affirmant qu'il est nécessaire d'intégrer les services fournis par la communauté dans le cadre de l'assurance-maladie et de mettre en place un programme national d'assurance-médicaments. Martin souligne la nécessité de relever les défis en matière de soins de santé en s'appuyant sur ce qui est bon dans ce que nous avons déjà en place (2017, 5), notant que les Canadiennes et les Canadiens sont profondément attachés à l'assurance-maladie qui est, ou qui devrait être, le fondement du changement (15). Depuis quelques années, il y a eu un manque d'initiatives pancanadiennes de réforme de la santé. Pourtant, comme l'indique Marchildon (2013, xx), les provinces et territoires ont réorganisé leurs systèmes de santé respectifs, essayant ainsi d'améliorer l'expérience des patients ainsi que la qualité et la rapidité des soins primaires, de courte durée et chroniques.

Dans son livre, *Matters of life and death : Public health issues in Canada*, André Picard souligne la nécessité de faire passer l'assurance-maladie au XXI^e siècle. Cette notion est particulièrement pertinente pour la gestion des maladies chroniques. L'auteur suggère que le modèle d'assurance-maladie du Canada est une « relique » (2017, 17). En fait, en ce qui concerne sa structure, son organisation, sa prestation et son financement, l'assurance-maladie n'a pas beaucoup évolué au cours des 70 dernières années. Picard poursuit en déclarant que bien que les Canadiennes et les Canadiens célèbrent le rôle de Tommy Douglas dans la création de l'assurance-maladie, en réalité, celle-ci a été conçue pour répondre aux besoins du Canada des années 1950 (17) par le biais des services médicaux hospitaliers. Cependant, à cette époque, les besoins de santé de la population canadienne comprenaient surtout les soins de courte durée, et les gens ne vivaient pas aussi longtemps qu'aujourd'hui. Étant donné que les gens vivent

plus longtemps en raison de nombreux facteurs, dont notamment les progrès technologiques, leurs besoins en santé ont évolué vers la gestion et le traitement des maladies chroniques. Mais malgré ce constat, le modèle de prestation et de financement des soins de santé ne s'est pas encore adapté à la réalité actuelle.

Un changement révolutionnaire dans le modèle d'assurance-maladie soutiendrait la gestion des maladies chroniques et les expériences des patients, des familles et des prestataires de soins de santé. Ce changement pourrait également permettre de réduire les dépenses. Afin de commencer à traiter cette question, il faudra entamer des discussions critiques et difficiles sur les méthodes fondamentales de prestation et de financement. En ce qui concerne la prestation de l'assurance-maladie, il faudrait mettre l'accent sur les soins primaires — y compris un port d'attache pour les soins médicaux qui permet une coordination centralisée des soins et des dossiers médicaux électroniques — et sur l'extension de la couverture médicale universelle pour inclure les médicaments sur ordonnance, les soins à domicile et les aspects liés aux déterminants sociaux de la santé (Fuller, 2017; Lewis, 2013; Martin, 2017; Picard, 2017). En ce qui concerne le financement, l'un des principaux écueils du modèle d'assurance-maladie est qu'il ne définit pas clairement ce qui est couvert par l'assurance publique et ce qui ne l'est pas (Picard, 2017, 19). De plus, il faudrait reconnaître que dans ce cas, « universel » ne signifie pas « illimité »; plutôt, tout en élargissant les domaines couverts par l'assurance-maladie, cette couverture devrait être limitée, de manière générale, aux besoins essentiels (Picard, 2017).

Picard suggère que le débat public-privé en santé est une « fausse dichotomie », car chaque système de santé comprend des modes de prestation et des financements à la fois privés et publics, et que la question n'est pas de savoir si nous avons ou non des soins privés et publics, mais de trouver la bonne combinaison (2017, 20). Le système de santé canadien comporte deux niveaux; par contre, la répartition ne se fait pas entre le privé et le public, mais plutôt entre les régions urbaines et rurales (27), comme le montrent clairement les statistiques relatives à l'état de santé de la population du Nord de l'Ontario par rapport à celle du Sud. Il faudrait poursuivre un dialogue et des discussions appropriées, pertinentes, significatives et qui « ont du mordant » pour répondre à cette lacune et réformer le système, et les politiques et stratégies ultérieures devraient être élaborées et mises en œuvre en tenant compte de cette division.

De toute évidence, cela est plus facile à dire qu'à faire. Même s'il peut sembler inconcevable de changer les modalités fondamentales du modèle historique de l'assurance-maladie, cela n'est pas impossible. Il n'existe aucun système de santé parfait, quel que soit le pays, mais il y a de nombreux exemples à travers le monde qui pourraient servir de modèles et d'inspiration aux réformateurs canadiens. Comme le souligne Picard (2017, 41-2), selon l'ouvrage de Mark Britnell intitulé *In search of the perfect health system*, pour créer un bon système de santé, il est important de tenir compte des forces et des faiblesses ainsi que des différentes caractéristiques des systèmes qui existent dans 25 autres pays. En ce qui concerne l'équité en matière de santé, Raphael (2012) examine les systèmes de santé de sept pays développés riches — le Canada, les États-Unis, l'Australie, la Grande-Bretagne, l'Irlande du Nord, la Finlande, la Norvège et la Suède — et analyse leurs différentes approches pour répondre aux inégalités dans ce domaine. Il suggère que le Canada ne s'attaque pas efficacement à ces inégalités et qu'il pourrait s'inspirer d'autres pays qui y parviennent, comme la Finlande (Raphael, 2012, chap. 6) et la Norvège (chap. 7).

Clemens et Veldhuis (2018) suggèrent que l'augmentation des coûts de santé (malgré des finances publiques limitées), l'évolution démographique (notamment parmi les personnes âgées), le soutien accru de la population générale en faveur de la réforme, les résultats médiocres ainsi que le procès de Brian Day (médecin de Vancouver) devant la Cour suprême du Canada pourraient tous être les catalyseurs d'une véritable réforme en santé. Selon Picard, pour changer le modèle historique de l'assurance-maladie au Canada, il faudra une direction courageuse, une volonté politique d'apprendre des autres et la volonté du peuple : chacun a un rôle à jouer, et il faut un débat sur la structure, le financement et les priorités » (2017, 21). Cette idée, cependant, pourrait ne pas correspondre à la compréhension et à la mise en œuvre historiques et actuelles de l'assurance-maladie au Canada. Les Canadiennes et Canadiens ont de plus en plus besoin de services ambulatoires et de soins aux malades externes basés dans la communauté, mais la Loi canadienne sur la santé et l'accent qu'elle met sur les soins hospitaliers et médicaux font qu'il est difficile sur le plan législatif de s'adapter aux besoins contemporains (Verma et coll., 2014, 5). Selon Martin, l'augmentation des coûts est réelle, mais ce qui compte plus que ce que nous dépensons, c'est ce que nous en retirons, et il faut améliorer les performances du système de santé en ce qui concerne les problèmes chroniques et à long terme (2017, 38). L'auteure soutient que l'assurance-maladie fait partie intégrante de l'identité canadienne et que nous devons nous engager à fournir des services de qualité et accessibles de manière équitable; cela veut dire qu'il faut réfléchir à la manière d'améliorer la prestation des services et faire de l'assurance-maladie un programme social digne de son statut emblématique (14). Comme le déclare Picard, il est temps d'arrêter de parler et de commencer à agir (2017, 21).



Conclusion

Les recommandations et les considérations présentées dans ce document seraient effectivement difficiles à mettre en œuvre sur le plan gouvernemental et administratif. Elles pourraient nécessiter la réaffectation des fonds consacrés aux soins de santé à l'intérieur du système, la redistribution des ressources humaines dans le secteur de la santé et la reconfiguration des modalités et du lieu de prestation des services de santé. Entre 2003 et 2018, le dernier gouvernement de l'Ontario a sollicité de nombreux rapports et initiatives qui éclairent actuellement les orientations et les priorités en matière de soins de santé. Le gouvernement actuel de l'Ontario a présenté son programme de priorités en matière de santé, dont certaines sont conformes à celles du gouvernement précédent et d'autres potentiellement divergentes. Il pourrait également y avoir des tensions entre le gouvernement fédéral actuel et le gouvernement de l'Ontario en ce qui concerne les priorités et les orientations futures dans le domaine. Il pourrait également y avoir des implications éthiques, morales, juridiques, sociales et politiques à prendre en compte pour chacune des priorités retenues. Un examen attentif des modèles de gestion des maladies chroniques pourrait permettre d'assurer une plus grande continuité entre les soins de courte durée et les services de soins communautaires grâce à une approche intégrée des soins, ce qui permettrait de réduire les taux de réadmission et le recours aux services de soins de courte durée et d'urgence. Comme l'ont fait remarquer les auteurs, le programme INSPIRED fait partie des approches possibles pour le Nord de l'Ontario.

Finalement, les recommandations pourraient ne pas apporter d'avantages évidents immédiats, et des avantages à court et à long terme pourraient découler des mesures prises pour répondre aux priorités établies. Par conséquent, elles doivent être perçues comme un investissement dans l'avenir pour protéger la santé de tous les Ontariens et Ontariennes, peu importe où ils habitent.

La gestion des maladies chroniques dans le Nord de l'Ontario et la manière dont les services de santé sont organisés et fournis doivent rester une priorité pour les décideurs politiques. Nous devons veiller à ce que les objectifs provinciaux en matière de soins de santé soient adaptés au contexte nord-ontarien. Les obstacles qu'on retrouve dans le Nord de l'Ontario, tant sur le plan géographique que temporel, contribuent à la fragmentation des services et, en fin de compte, à une disparité des soins dans la région. La gestion des maladies chroniques grâce à des soins dispensés au bon endroit et au bon moment permettra non seulement d'améliorer les résultats des patients et la qualité de vie liée à la santé, mais aussi de réduire les dépenses globales de santé. Il est essentiel d'assurer des soins complets et coordonnés entre les secteurs de la santé. Les discussions et l'élaboration sérieuses de politiques ne doivent pas se faire en vase clos; elles doivent plutôt impliquer divers ministères du gouvernement provincial qui jouent un rôle dans les politiques sociales et de santé, particulièrement en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. En fin de compte, la nature de la gestion appropriée des maladies chroniques et le rythme auquel elle évolue seront déterminés par les votes de la population canadienne ainsi que par l'influence de celle-ci auprès des fonctionnaires élus à tous les paliers du gouvernement (CCS, 2007, 3). Enfin, les discussions sur les politiques de santé et leur élaboration doivent prendre en compte et traiter les divers contextes et les disparités du Nord de l'Ontario en matière de santé. Le moment est venu pour le gouvernement fédéral d'engager des discussions avec les provinces afin de déterminer comment faire évoluer le système d'assurance-maladie canadien pour qu'il corresponde aux besoins actuels et pour que la gestion des maladies chroniques soit au premier plan des discussions sur la politique de santé. C'est seulement à ce moment-là que nous pourrons cesser de tourner en rond.



Ouvrages cités

- Adams, Owen. (2012). Report on Romanow 10 years after. Premier forum annuel sur les politiques de l'Association canadienne pour la recherche sur les services et les politiques de santé, Toronto. https://www.cahspr.ca/uploads/docs/Report_on_Romanow_Owen_Adams.pdf.
- Armstrong, Pat et Hugh Armstrong. (2010). *Wasting Away : The Undermining of Canadian Health Care*. 2e éd. Oxford : Oxford University Press.
- Association médicale canadienne. (2017). Masterfile matched to Statistics Canada postal code file. https://www.cma.ca/sites/default/files/pdf/Physician%20Data/13cma_ca.pdf.
- . (2018). Physician Data Centre : Canadian physician statistics. <https://www.cma.ca/En/Pages/canadian-physician-statistics.aspx>.
- Barr, Victoria J., Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts, Darlene Ravensdale et Sandy Salivaras. (2003). The expanded chronic care model : an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly* 7 (1), 73-82.
- Booth, Gillian L., Jane Y. Polsky, Peter Gozdyra, Karen Cauch-Dudek, Tara Kiran, Baiju R. Shah, Lorraine L. Lipscombe et Richard H. Glazier. (2012). Regional measures of diabetes burden in Ontario. Toronto : Institute for Clinical Evaluative Sciences. <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2012/Regional-Measures-of-Diabetes-Burden-in-Ontario>.
- Bureau de la responsabilité financière de l'Ontario. (2019). Secteur de la santé de l'Ontario. Analyse actualisée des dépenses en santé de l'Ontario de 2019. <https://www.fao-on.org/fr/Blog/Publications/health-update-2019>.
- CBC News. (2014, 11 août). Unhealthy number of medical specialists in the North : NOSM. <https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/unhealthy-number-of-medical-specialists-in-the-north-nosm-1.2732950>.
- . (2017, 16 octobre). Most graduates from Northern Ontario School of Medicine stay in region : Report. <https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/nosm-doctors-northern-ontario-1.4354750>.
- Chechulin, Yuriy, Amir Nazerian, Saad Rais et Kamil Malikov. (2014). Predicting patients with high risk of becoming high-cost healthcare users in Ontario (Canada). *Healthcare Policy* 9 (3), 68-79.
- Clemens, Jason et Veldhuis, Niels. (2018, 2 décembre). Health-care reform in Canada is coming one way or another. *Winnipeg Sun*.
- Coletta, Amanda. (2018, 23 février). Canada's health-care system is a point of national pride. But a study shows it's at risk of becoming outdated. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/news/worldviews/wp/2018/02/23/canadas-health-care-system-is-a-point-of-national-pride-but-a-study-shows-it-might-be-stalled/?noredirect=on&utm_term=.b8160097d1cb.
- Conseil canadien de la santé (CCS). (2007). Importance du renouvellement des soins de santé. À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques. http://publications.gc.ca/collections/collection_2008/hc-sc/H174-13-2007F.pdf.
- Crowe, Kelly. (2019, 2 mars). Canada Broadcasting Corporation: Re-centralizing? Re-disorganizing? What exactly is Ontario doing to its health-care system? *CBC News*. <https://www.cbc.ca/news/health/ontario-health-super-agency-private-health-care-funding1.5039944>.
- Donato, Emily. (2015). L'importance de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé dans les milieux ruraux et du Nord. [Note d'information no 4]. Institut des politiques du Nord. <https://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/briefing-notes/note-dinformation-l---importance-de-la-c.pdf>.

- Everett, Eric. (2019). La gouvernance dans le Nord : étude de cas La prise de décision locale dans le système de santé nord-ontarien. [Rapport de recherche no 27]. Institut des politiques du Nord. https://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/reports-new/report_everett-northern-governance-fr.pdf.
- Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé (FCASS). (2017). Le programme INSPIRED réduit le nombre de réadmissions chez les patients atteints de la MPOC à l'hôpital d'Ottawa. <https://www.fcass-cfhi.ca/about/news-and-stories/news-detail/2017/04/12/inspired-ottawa-hospital>.
- . (s. d.-a). Projet collaboratif de diffusion INSPIRED. <https://www.cfhi-fcass.ca/WhatWeDo/recent-programs/inspired-approaches-to-copd>.
- . (s. d.-b). Ontario backgrounder : Supporting COPD patients at home saves hospital resources and healthcare dollars. https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/documents/inspired/inspired-backgrounder-ontario-f.pdf?sfvrsn=2fd3d244_2.
- Fuller, Colleen. (2017, 26 septembre). 20 Years later: How corporations took over Canada's health care system. Policy Note. <https://www.policynote.ca/20-years-later-how-corporations-took-over-canadas-health-care-system/>.
- Gershon, Andrea, Graham Mecredy et Sujitha Ratnasingham. (2017). Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Ontario 1996/97 to 2014/15. Institute for Clinical Evaluative Sciences. <https://www.ices.on.ca/Publications/Atlases-and-Reports/2017/COPD>.
- Gillis, Darcy, Jillian Demmons et Graeme Rocker. (2017). Expanding the INSPIRED COPD outreach program to the emergency department: A feasibility assessment. *International Journal of COPD* 12, 1597–1604.
- Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé (GCISS). (2015). Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada — Résumé. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/publications/systeme-et-services-sante/rapport-final-groupe-consultatif-innovation-soins-sante.html>.
- Hall, Ruth E., Ferhana Khan, Joan Porter, Jen Levi, Daniel McCormack, Jiming Fang, Cally Martin et coll. (2018). Ontario and LHIN 2016/17 stroke report cards and progress reports. Institute for Clinical Evaluative Sciences. <https://www.corhealthontario.ca/data-&-reporting/stroke-report-cards/Ontario&LHIN-2016-17-Stroke-Report-Cards&Progress-Reports-Publication.pdf>.
- Hoath, Liz. (2017, 24 avril). Canadians too accepting of mediocre health care, says André Picard. *The Current*. <https://www.cbc.ca/radio/thecurrent/the-current-for-april-24-2017-1.4080024/canadians-too-accepting-of-mediocre-health-care-says-andr%C3%A9-picard-1.4080068>.
- Hoskins, Eric. (2016a). Projet de loi 210, Loi de 2016 donnant la priorité aux patients. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-41/session-1/projet-loi-210>.
- Hoskins, Eric. (2016b). Projet de loi 41, Loi de 2016 donnant la priorité aux patients. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. <https://www.ola.org/fr/affaires-legislatives/projets-loi/legislature-41/session-2/projet-loi-41>.
- <https://www.fraserinstitute.org/article/health-care-reform-in-canada-is-coming-one-way-or-another>.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2014). Forum pancanadien sur les grands utilisateurs du système de santé — rapport sommaire. [https://secure.cih.ca/free_products/highusers_summary_report_revised_FR_web%20\(1\).pdf](https://secure.cih.ca/free_products/highusers_summary_report_revised_FR_web%20(1).pdf).
- Iowa Department of Public Health. (2016, juillet). Population-Based Healthcare.[Issue brief]. <https://idph.iowa.gov/Portals/1/userfiles/71/Population%20Based%20Health%20Care%20Issue%20Brief.pdf>.
- Jeffords, Shawn et Allison Jones. (2019, 26 février). New Ontario Health superagency and co-ordinated health teams announced. *National Post*. <https://nationalpost.com/pmnl/news-pmn/canada-news-pmn/ontario-health-care-transformation-to-be-unveiled-today>.
- Kulig, Judith et Allison Williams. (2012). *Health in rural Canada*. Vancouver : UBC Press.

- Langlois, Denis. (2019, 13 mai). Grey Bruce health unit to merge with Perth, Huron health units: MOH. Sun Times. <https://www.owensoundsuntimes.com/news/local-news/grey-bruce-health-unit-to-merge-with-perth-huron-health-units-moh>.
- Lewis, Steven. (2013). Discussion paper : Canadian health policy since Romanow : Easy to call for change, hard to do. Queen's Health Policy Change Conference Series, 13–14 juin. https://smith.queensu.ca/centres/monieson/knowledge_articles/Discussion_Paper-Canadian_Health_Policy_Since_Romanow_Easy_to_Call_for_Change_Hard_to_Do-Steven_Lewis_Final.pdf.
- Marchildon, Gregory P. (2013). Canada: Health System Review. *Health Systems in Transition* 15 (1), 1–179. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf.
- Marciniuk, Darcy D., Dina Brooks, Scott Butcher, Richard Debigare, Gail Dechman, Gordon Ford, Veronique Pepin et coll. (2010). Optimizing pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease — practical issues: A Canadian Thoracic Society clinical practice guideline. *Canadian Respiratory Journal* 17 (4), 159–68.
- Martin, Danielle. (2017). *Better now: Six big ideas to improve health care for all Canadians*. Toronto: Allen Lane.
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD) (2013). *Prestation des programmes de santé dans le Nord*. <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/northernhealth/default.aspx>.
- . (2014). Les ambulanciers paramédicaux prodigueront davantage de soins communautaires. L'Ontario soutient 30 programmes innovateurs pour des patients atteints de troubles chroniques. <https://news.ontario.ca/mohlhc/fr/2014/10/les-ambulanciers-paramedicaux-prodigueront-davantage-de-soins-communautaires.html>.
- . (2015a). *Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire*. <http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/lhin/roadmap.pdf>.
- . (2015b). *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*. http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_patientsfirst.pdf.
- . (2016). *Équipe santé familiale*. <http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/default.aspx>.
- . (2016b). *Équipe santé familiale. Questions et réponses : En quoi consistent les équipes de santé familiale?* http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/fht/fht_understanding.aspx.
- . (2017). *Un projet pilote unique aide les personnes âgées du Nord-Est de l'Ontario à mener une vie autonome à domicile. Un programme paramédical communautaire qui offre des soins non urgents*. <https://news.ontario.ca/opo/fr/2017/05/un-projet-pilote-unique-aide-les-personnes-agees-du-nord-est-de-lontario-a-mener-une-vie-autonome-a.html>.
- Morgan, Matthew W., Nicholas E. Zamora et Michael F. Hindmarsh. (2007). An inconvenient truth: A sustainable healthcare system requires chronic disease prevention and management transformation. *Healthcare Papers* 7 (4), 6–23.
- O'Donnell, Denis E., Paul Hernandez, Alan Kaplan, Shawn Aaron, Jean Bourbeau, Darcy Marciniuk, Meyer Balter et coll. (2008). Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease, 2008 update: Highlights for primary care. *Canadian Respiratory Journal* 15 (suppl. A), 1A–8A.
- OneView. (2015). *The Eight Principles of Patient-Centered Care*. <https://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/>.
- Ontario Chronic Disease Prevention Alliance (OCDPA). (2014). *Make Ontario the Healthiest Province: The Facts*. https://www.ocdpa.ca/sites/default/files/publications/OCDPA_TheFacts_15MY14.pdf.
- Ontario Health Coalition. (2019). *Mounting health care cuts*. <https://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/mounting-health-care-cuts/>.
- Ontario. (2018). *Loi de 2017 sur la santé pulmonaire*. <https://www.ontario.ca/fr/lois/loi/17128>.

- Payne, Elizabeth. (2019, 15 février). The Big Bang theory of health reform : Why Doug Ford's plans have some worried about unintended consequences. Ottawa Citizen. <https://ottawacitizen.com/news/local-news/the-big-bang-theory-of-health-reform-why-doug-fords-plans-have-some-worried-about-unintended-consequences>.
- Picard, André. (2017). *Matters of life and death : Public health issues in Canada*. Vancouver: Douglas & McIntyre.
- . (2018, 23 janvier). Innovative health-care programs exist — and work. *Globe and Mail*. <https://www.theglobeandmail.com/opinion/innovative-health-care-programs-exist-and-work/article37685939/>.
- Ploeg, Jenny, Marta Canesi, Kimberly D. Fraser, Carrie McAiney, Sharon Kaasalainen, Maureen Markle-Reid, Sinead Dufour, Lisa Garland Baird et Tracey Chambers. (2019). Experiences of community-dwelling older adults living with multiple chronic conditions : A qualitative study. *BMJ Open* 9 (3), e023345.
- Qualité des services de santé Ontario (QSSO). (2013). meilleureAPPROCHE. Transitions en matière de soins. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qj/health-links/bp-improve-package-transitions-fr.pdf>.
- . (2017a). Santé dans le Nord — Rapport sur la géographie et la santé de la population des deux régions du Nord de l'Ontario. <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/system-performance/health-in-the-north-fr.pdf>.
- . (2017b). À la hauteur 2017. Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario. <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/measuring-up-2017-fr.pdf>.
- . (2018). Stratégie d'équité en matière de santé dans le Nord de l'Ontario — Améliorer l'équité en matière de santé dans le Nord, par le Nord et pour le Nord. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/health-equity-strategy-report-fr.pdf>.
- Rais, Saad, Amir Nazerian, Sten Ardal, Yuriy Chechulin, Namrata Bains et Kamil Malikov. (2013). High-cost users of Ontario's healthcare services. *Healthcare Policy* 9 (1), 44–51.
- Raphael, Dennis, dir. (2012). *Tackling health inequalities : Lessons from international experiences*. Toronto: Canadian Scholars' Press.
- Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Est (RLISSNE). 2014. Ressources humaines en santé : situation actuelle dans le Nord-Est de l'Ontario et prévision des capacités transformationnelles. http://www.nelhin.on.ca/~media/sites/ne/News%20and%20Events/Internal%20Publications/HHR%20Report_fr.pdf.
- . (2016). Plan de services de santé intégrés 2016-2019 — Un plan pour la santé et le bien-être des résidents des communautés du Nord-Est de l'Ontario. <https://collections.ola.org/mon/30004/334600-f.pdf>.
- Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest (RLISSNO). 2014. À propos du RLISS du Nord-Ouest. http://www.northwestlhin.on.ca/AboutOurLHIN.aspx?sc_Lang=fr-CA.
- . (2017). Faire progresser l'avenir des soins de santé. Rapport annuel 2016-2017 du RLISS du Nord-Ouest. http://www.northwestlhin.on.ca/accountability/AnnualReports.aspx?sc_Lang=fr-CA.
- . (2018). Plan d'activités annuels 2018-2019. http://www.northwestlhin.on.ca/en/accountability/annualbusinessplan.aspx?sc_Lang=fr-CA.
- . (s. d.). Virtual care. http://www.northwestlhin.on.ca/goalsandachievements/eHealth/Virtual%20Care.aspx?sc_Lang=en.
- Réseau Télémédecine Ontario (RTM). (2015). Videoconferencing Equipment. [n.p.] : <https://support.otn.ca/en/videoconferencing-equipment>
- Romanow, Roy. (2002). Guidé par nos valeurs. L'avenir des soins de santé au Canada. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>.
- Smetanin, Paul, Carla Briante, David Stiff, Sheeba Ahmad, Lisa Wong et Albert Ler. (2011). Life and economic impact of lung disease in Ontario : 2011 to 2041. *RiskAnalytica*. <http://lungontario.ca/wp-content/uploads/2017/09/OLA-Final-Report-June-281.pdf>.

- Statistique Canada. (2015). Région métropolitaine de recensement (RMR) et agglomération de recensement (AR). <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo009-fra.cfm>.
- . (2017a). Profil du recensement, Recensement de 2016. Nord-est [Région économique], Ontario et Ontario [Province]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=ER&Code1=3590&Geo2=PR&Code2=35&Data=Count&SearchText=Northeast&SearchType=Begins&Search-PR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=3590&TABID=1>.
- . (2017b). Profil du recensement, Recensement de 2016. Nord-ouest [Région économique], Ontario et Ontario [Province]. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=ER&Code1=3595&Geo2=PR&Code2=35&Data=Count&SearchText=Northwest&SearchType=Begins&Search-PR=01&B1=All&GeoLevel=PR&GeoCode=3595&TABID=1>.
- Tbnewswatch.com. (2016, 30 mai). Community paramedicine program to continue. <https://www.tbnewswatch.com/local-news/community-paramedicine-program-to-continue-405850>.
- Verma, Jennifer, Stephen Petersen, Stephen Samis, Nurdin Akunov et Jeffrey Graham. (2014). Healthcare priorities in Canada: A backgrounder. Fondation canadienne pour l'amélioration des soins de santé. <https://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/documents/harkness-healthcare-priorities-canada-backgrounder-e.pdf>.
- Ville de Thunder Bay. (s. d.). EMS resources. <https://www.thunderbay.ca/en/ems-resources.aspx>.
- Ville du Grand Sudbury. (s. d.). Programmes communautaires de soins paramédicaux. <https://www.grandsudbury.ca/vivre/services-durgence/services-paramedicaux/programmes-communautaires-de-soins-paramedicaux/>.
- Wagner, Edward H. 1998. Chronic disease management : What will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clinical Practice* 1 (1), 2-4.

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, Sudbury et Sault Ste. Marie. 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.

Recherche connexe

La gouvernance dans le Nord: étude de cas, la prise de décision locale dans le système de santé

Eric Everett

Recommandations: Les priorités en soins de santé dans les collectivités autochtones du Nord ontarien

Julie Duff Cloutier, Nichola Hoffman, Kristin Morin, and John Dabousi

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

1 (807) 343-8956

info@northernpolicy.ca

www.northernpolicy.ca



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca