



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Rapport de recherche No. 27 | Février 2019

La gouvernance dans le Nord : étude de cas

La prise de décision locale dans le système de santé nord-ontarien

Qui nous sommes

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.

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.

Outils d'engagement permanent (grand public, intervenants du gouvernement, intervenants de la collectivité): Veiller à ce que l'Institut des politiques du Nord reste à l'écoute de la communauté.

Président & CEO

Charles Cirtwill

Conseil d'administration

Dawn Madahbee Leach
(Présidente)

Heather Murchison, Ph. D
(Vice-présidente du Nord-Ouest)

Louise Paquette
(Vice-présidente du Nord-Est)

Pierre Bélanger
(Trésorier)

Brian Tucker, Ph. D
(Secrétaire)

Terry Bursey

Dave Canfield

Jean Pierre Chabot

Dr. Harley d'Entremont

Alex Freedman

Diana Fuller Henninger

Emilio Rigato

Asima Vezina

Charles Cirtwill

(Président & CEO)

Conseil consultative

Michael Atkins

Kim Jo Bliss

Dr. Michael DeGagné

Don Drummond

Ronald Garbutt

Jean Paul Gladu

Audrey Gilbeau

Peter Goring

Dr. George C. Macey

Allyson Pele

Ogimaa Duke Peltier

Peter Politis

Tina Sartoretto

Bill Spinney

David Thompson

Conseil consultatif pour la recherche

Dr. Randy Battochio
(Président)

Dr. John Allison

Dr. Hugo Asselin

Dr. Gayle Broad

George Burton

Dr. Robert Campbell

Dr. Iain Davidson-Hunt

Dr. Livio Di Matteo

Dr. Morley Gunderson

Leata Ann Rigg

S. Brenda Small

J.D. Snyder

Dr. Lindsay Tedds

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.

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

Traduction par Mélissa Toma-Médart.

Edité par Barry Norris.

Conception graphique par Aaron Daudlin.

© 2017 Institut des politiques du Nord

Publication de l'Institut des politiques du Nord

874, rue Tungsten

Thunder Bay (Ontario) P7B 6T6

ISBN: 978-1-989343-08-1



Biographie

Eric Everett

Eric Everett est un professionnel des politiques qui est inspiré par le désir d'étudier de façon plus approfondie les enjeux systémiques des régions du Nord et les nouveaux débouchés qui s'offrent à elles.

Eric, éternel apprenant, a repris ses études supérieures dans le cadre d'une maîtrise unique axée sur la gouvernance et l'entrepreneuriat dans les régions du Nord et autochtones, un programme co-administré par l'École des études supérieures en politique publique Johnson-Shoyama de l'Université de la Saskatchewan, et le Centre d'études sames de UiT The Arctic University of Norway, en Norvège. Des études sur le terrain lui ont permis de parcourir différentes régions nordiques, comme la Saskatchewan, le Labrador, l'Islande et la Norvège, et

au moins une région du sud : la Corée du Sud. Il s'intéresse particulièrement à la gouvernance dans les régions du Nord et aime comparer la façon dont différentes régions du monde abordent des enjeux similaires.

Avant ces études, Eric a décroché une maîtrise en santé publique à l'Université Lakehead, et a publié une thèse étudiant les difficultés éthiques rencontrées par les praticiens d'une unité de santé publique située dans le Nord. Il est également titulaire de grades de premier cycle en biologie, chimie et arts (général).

Au cours des 11 dernières années, Eric a occupé des postes comportant toujours plus de responsabilités au sein de plusieurs ministères du gouvernement de l'Ontario. Il s'agissait essentiellement de rôles visant à établir des partenariats dans le Nord ontarien, dans toute la province et aux quatre coins du Canada. Avant cela, Eric a appuyé le transfert de technologies ainsi que la recherche et le développement au bureau de gestion de l'innovation de l'Université Lakehead.

Très actif dans sa collectivité, Eric se passionne pour la sécurité communautaire et la gestion des situations d'urgence. Depuis plus de 19 ans, il intervient bénévolement dans des services d'incendie en milieu rural, notamment en tant que pompier, secouriste et agent de formation. De plus, Eric est un moniteur de secourisme de niveau supérieur certifié par la Croix-Rouge canadienne.

Eric vit avec sa famille et sa ménagerie d'animaux de compagnie dans la municipalité de Shuniah, en bordure de Thunder Bay (Ontario).

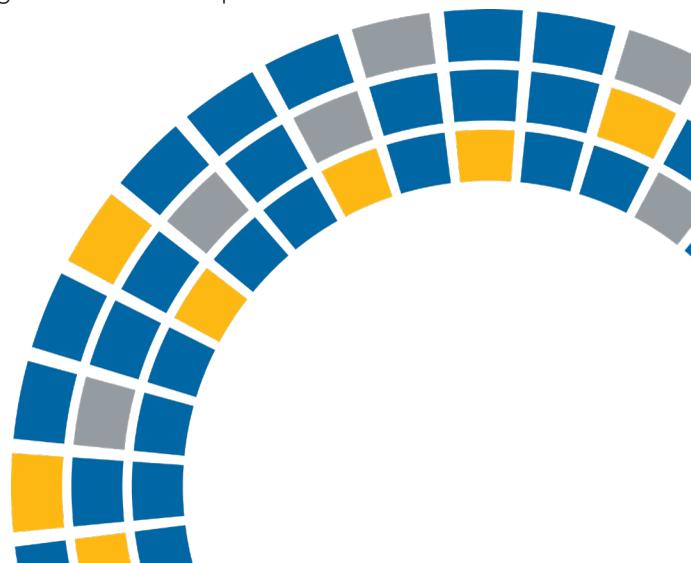
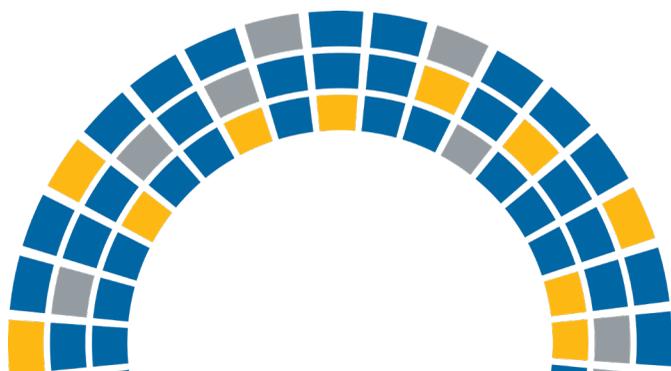


Table des matières

5	Résumé
6	Introduction
7	Contexte
7	Les Nord provinciaux et le Nord de l'Ontario
7	Des problèmes de politique publique très complexes
8	La prise de décision locale au moyen de la régionalisation des soins de santé
8	Les réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario
9	Le mandat original des RLISS
12	Méthodologie
13	Constatations
14	Discussion
14	Éléments structurels de la gouvernance
15	Géographie et démographie
16	Un sentiment d'urgence
16	La gouvernance et le côté humain
18	Chaos juridictionnel
18	Leadership dans le Nord
19	Établissement de relations
20	S'attaquer aux problèmes très complexes
21	Conclusion
23	Appendix
24	Références
27	Recherche connexe

Résumé

De plus en plus d'études sur les politiques publiques et de recherches universitaires suggèrent que, à l'instar des autres régions nordiques canadiennes, le Nord de l'Ontario réfléchit à de nouvelles solutions de gouvernance pour un contrôle renforcé au niveau local et régional, l'idée étant de répondre plus efficacement aux problèmes sociaux, de santé et économiques qui sont généralement plus graves que dans les régions du sud de la province, ou qui en sont bien différents.

Ce document présente un bref projet de recherche sur la gouvernance dans le Nord de l'Ontario, en particulier au sein de son système de santé. On y évalue les relations entre les deux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Nord et les hôpitaux pour déterminer si ces organismes de gouvernance et le gouvernement provincial respectent le mandat établi initialement : rendre possible la prise de décision à l'échelon local. Par ailleurs, cette étude s'appuie sur trois théories de gouvernance (régions nordiques des provinces, problèmes politiques très complexes et régionalisation des soins de santé) afin d'analyser la nature organisationnelle du système.

L'auteur a mené des entretiens auprès d'informateurs clés après avoir constitué des échantillons choisis à dessein formés de personnes issues des hôpitaux et des RLISS du Nord de l'Ontario. Les participants ont fourni des éléments d'information que l'on a organisés en trois volets thématiques : la conception du système de gouvernance, le leadership dans le Nord, et la complexité du système de santé. Dans l'ensemble, la majorité des participants ont reconnu que la réforme du système de santé provincial n'est pas encore achevée, et que, même si la situation s'est améliorée, il faut déployer plus d'efforts pour améliorer la prise de décision et le contrôle à l'échelon local au sein de la gouvernance des soins de santé nord-ontariens et pour mieux gérer un système de santé toujours plus complexe, dans des conditions locales bien particulières.

Par ailleurs, l'auteur fournit un résumé des cinq thèmes, observations et recommandations clés à utiliser pour améliorer la prise de décision locale dans le système de santé du Nord de l'Ontario :

1. Une meilleure intégration et plus de mécanismes régionaux et locaux pour contrôler le système de santé du Nord de l'Ontario.
2. Les fournisseurs de soins font face à des défis en ce qui concerne le recrutement, le perfectionnement et la rétention d'administrateurs qualifiés, mais aussi de leaders aguerris capables de gérer une complexité grandissante et de bâtir des relations intersectorielles.
3. La complexité accrue du système de santé exige des solutions ancrées dans la prise de décision locale ainsi que des solutions de gouvernance innovantes.
4. La réforme du système de santé est trop fragmentée et graduelle, partiellement en raison de points de vue différents et d'une certaine incohérence quant à la véritable vision centrale de la prestation de soins de santé.
5. Déterminez si un modèle de gouvernance unique convient à toute la grande province. Les habitants du Nord peuvent et doivent développer des solutions pour les Nordistes. »
6. Le gouvernement de l'Ontario devrait organiser une vaste discussion publique sur les politiques, avec une représentation inclusive des représentants de tous les niveaux de gouvernement, des peuples autochtones, et des acteurs clés du secteur de la santé et du Nord de l'Ontario, plus généralement. Cette discussion devrait se focaliser sur l'état de la gouvernance en santé dans le Nord de l'Ontario et sur les méthodes permettant de s'attaquer à ces enjeux d'une façon plus globale et intégrée.

Introduction

Le Nord de l'Ontario ne cesse de se heurter à des problèmes sociaux, économiques et de santé troublants, interdépendants et en apparence insolubles. Les médias nationaux se focalisent souvent sur les crises touchant cette région, qu'il s'agisse de tragédies récentes venues accélérer l'épidémie de suicides frappant les Premières Nations reculées depuis plusieurs décennies, ou des difficultés croissantes ayant trait au maintien de l'ordre, à la sécurité des jeunes, au leadership public et aux relations autochtones à Thunder Bay (Blackwell 2017; Coates et Poelzer 2014a; Friesen 2017; Winter et Talaga 2017). Plusieurs indicateurs révèlent que la santé de la population reste moins bonne dans la région que dans le reste de l'Ontario (Qualité des services de santé Ontario 2017, 11). En outre, depuis plusieurs décennies, le Nord de l'Ontario est englué dans un marasme économique qui s'éternise et sa croissance est plus lente qu'ailleurs dans la province ou dans les régions nordiques d'autres provinces (Coates et Poelzer 2014a; MacKinnon 2015). Pourquoi ces problèmes persistent-ils? De plus en plus d'études sur les politiques publiques et de publications universitaires soulignent qu'il est nécessaire de mettre en place de nouvelles solutions de gouvernance adaptées aux particularités du Nord de l'Ontario. Le terme « gouvernance » peut être défini de bien des façons, mais, dans la présente étude, il fait référence à des processus de direction au sein de l'administration publique qui font appel à des réseaux axés sur un dialogue continu et collaboratif avec de nombreuses parties prenantes, par opposition à la hiérarchie de direction classique, du sommet vers la base (Bevir 2012, 3). Plus simplement, il s'agit des règles du jeu, et des joueurs qui décident de ces règles.

Bien que la question n'ait pas encore fait l'objet de recherches suffisantes, il semble que la plupart des régions nordiques des provinces (ou « Nord provinciaux ») n'aient pas une gouvernance adéquate (Coates et Poelzer 2014a; Coates et Poelzer 2014b, 72). Ces régions doivent généralement rendre compte à des décideurs de la capitale provinciale, bien au sud, alors qu'elles sont plongées dans des discussions concernant la mise en valeur des ressources, la marginalisation des peuples autochtones, et les méthodes permettant de desservir un territoire vaste et peu densément peuplé (Coates et Poelzer 2014a).

La situation n'est pourtant pas absolument négative. Des éléments de plus en plus nombreux portent à croire qu'un nouveau régionalisme se fait jour dans les Nord provinciaux. Il a pour ambition de vaincre la marginalisation politique, l'aliénation sociale et les griefs régionaux en créant de nouvelles institutions pour renforcer la prise de décision et le contrôle à l'échelon

local en ce qui a trait aux ressources (Summerville et Poelzer 2005). Dans le Nord de l'Ontario, on suggère régulièrement depuis de longues années que la région se gouverne elle-même en raison des différences notables avec le Sud sur le plan du climat, de la superficie et des industries. Les débats politiques récents s'appuient sur ce thème d'une région prenant les rênes de son destin (MacKinnon 2015, 2016; McGrath 2018). Quelles sont les structures de gouvernance régionales qui conviendraient mieux à la situation particulière du Nord de l'Ontario? La gouvernance est un sujet très large, mais on peut considérer les institutions relativement nouvelles du système de santé de l'Ontario et en tirer de premiers enseignements. La gouvernance régionalisée existe depuis un peu plus de dix ans sous la forme des 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de la province. Les RLISS partent du principe que « les besoins des collectivités locales en matière de soins de santé sont mieux compris par les personnes qui y vivent » (RLISS du Nord-Ouest 2016, 3). C'est la raison pour laquelle le présent document décrit le système de santé du Nord de l'Ontario comme une étude de cas sur la gouvernance nordique, dans une optique de politique publique. Plus précisément, on pourrait mieux comprendre si le gouvernement de l'Ontario, les RLISS du Nord et les hôpitaux qu'ils financent remplissent leur mandat initial (permettre la prise de décision locale) en décrivant les relations entre ces entités. Cette étude présente également les domaines où le dialogue et l'action en matière de politiques publiques pourraient s'avérer nécessaires.

Il convient de souligner que ce document est une étude des enjeux de gouvernance régionale auxquels se heurte le Nord, et pas une analyse détaillée du système de santé lui-même, ce qui est un sujet complexe dont toutes les facettes ne peuvent pas être décrites ici. Par exemple, on n'y évoque pas les effets du financement, de la démographie et des comportements personnels dans le Nord de l'Ontario, ni les déterminants socioéconomiques comme le logement ou la situation d'emploi. Le fait de se concentrer sur un seul aspect des enjeux organisationnels du système de santé peut porter à simplifier les problèmes à outrance; toutefois, la présente étude cherche, à un niveau plus général, à établir qu'une gouvernance plus efficace, axée sur la prise de décision locale, serait mieux à même de gérer les particularités du Nord de l'Ontario. Il s'agit concrètement d'étudier une tentative cherchant à donner aux gens du Nord un meilleur contrôle sur les règles du jeu.

Contexte

La gouvernance est un sujet complexe que l'on peut aborder sous de nombreux angles. Cette étude, qui adopte une perspective pluridisciplinaire en matière de politique publique, s'articule autour de théories de gouvernance interdépendantes et s'intéresse à trois grands domaines : les Nord provinciaux, les problèmes politiques très complexes, et la régionalisation en Ontario mais aussi dans l'ensemble du Canada.

Les Nord provinciaux et le Nord de l'Ontario

Dans leur ouvrage fondamental sur le « Nord oublié » du Canada, Coates et Morrison décrivent le profil des régions nordiques provinciales subarctiques à travers leurs points communs, comme leur histoire, leur climat froid, leur faible pouvoir politique, leurs économies essentiellement axées sur les ressources, leurs vastes étendues peu peuplées, la rareté des centres régionaux et leurs populations autochtones relativement plus nombreuses qu'ailleurs qu'au Canada (1992, 2, 9).

Semblables à des colonies internes dans le sens où ils ont moins de contrôle sur leur propre avenir que d'autres régions canadiennes, les Nord provinciaux font face à des enjeux liés au rythme rapide de l'exploitation des ressources, aux droits autochtones, et à la nécessité de fournir des services dans une région vaste (Coates, Holroyd et Leader 2014; Coates et Poelzer 2014a). Tous les gouvernements provinciaux ont établi des structures pour répondre aux problématiques nordiques, mais cela ne s'est traduit que par une décentralisation minimale, avec comme conséquence des services inadéquats et la marginalisation politique de certains des peuples les plus défavorisés du Canada (Coates, Holroyd et Leader 2014). Toutefois, comme souligné précédemment, on assiste à l'émergence d'un nouveau régionalisme, avec des Nord provinciaux se percevant comme des « communautés politiques en transition », l'évolution des relations avec le Sud et la quête de leurs propres solutions (Summerville et Poelzer 2005, 119).

Ces enjeux sont vivement ressentis dans le Nord de l'Ontario. Rappelons brièvement qu'avec ses 800 000 kilomètres carrés, soit une région plus vaste que la France, le Nord de l'Ontario représente près de 90 pour cent du territoire de la province, mais abrite seulement six pour cent de la population ontarienne. Contrairement à

ce qui se passe dans le reste de la province, la population du Nord stagne ou décline, la seule croissance notable concernant les communautés autochtones (Coates, Holroyd et Leader 2014; Conteh 2013; Southcott 2013). Sa vaste étendue et sa faible densité de population font qu'il est difficile d'y reproduire les structures municipales propres aux régions du Sud, ce qui laisse le Nord ontarien avec peu de contrôle en matière administrative ou politique. Par conséquent, la gouvernance inadéquate et les approches politiques fragmentées contribuent à bon nombre des problèmes régionaux ou les perpétuent (Coates, Holroyd et Leader 2014; Conteh 2017; MacKinnon 2016).

De plus en plus d'études économiques ont entrepris de décrire les principaux enjeux de gouvernance dans le Nord de l'Ontario, à savoir : une absence systémique de coordination politique horizontale entre les secteurs (Conteh et Segsworth 2013, 9); les tensions de longue date entre le Nord-Est et le Nord-Ouest, les débats insulaires, le manque de données, et l'inadéquation des indicateurs de rendement comparativement au Sud de l'Ontario (MacKinnon 2015); ainsi que le sentiment d'isolement et d'aliénation menant périodiquement à des réclamations concernant l'obtention du statut de province (Brock 1978; Coates et Morrison 1992; MacKinnon 2015; Tabachnick 2017). Par conséquent, la création d'administrations régionales adaptées a été proposée dans le Nord de l'Ontario en vue de surmonter ces divisions et de mettre sur pied des économies d'échelle, « pour que la région développe une identité plus forte, et assume plus de responsabilités eu égard à son propre avenir » (MacKinnon 2016, 15, traduction).

Des problèmes de politique publique très complexes

Dans l'environnement politique d'aujourd'hui, il est important de définir de façon appropriée la nature des problèmes eux-mêmes. L'incapacité à réagir efficacement face à des problèmes compliqués s'explique peut-être par le fait que la classe politique et les autres décideurs publics ne connaissent pas suffisamment bien ces enjeux ou l'effet des solutions de gouvernance proposées (Sørensen et Waldorff 2014). En l'occurrence, le système de santé moderne constitue à lui seul un problème complexe et « vicieux » (Glouberman et Zimmerman 2002; Raisio 2009). Les problèmes vicieux

(concept élaboré au cours des 40 dernières années) se caractérisent essentiellement par la nature ambiguë, inédite et plurifactorielle de chaque problème, ainsi que par une approche par essais et erreurs, des mesures ponctuelles et des éléments de solution créatifs qui ne sont ni bons ou mauvais, seulement « mieux », « pire », « suffisants » ou « insuffisants » (Gollagher et Hartz-Karp 2013, 2344; Rittel et Webber 1973). Dans la même optique, des approches fondées sur des systèmes adaptatifs complexes ont été appliquées à la prestation de soins de santé en raison de ses nombreux éléments en interaction, de sa complexité interactive et de son auto-organisation permanente (Tan, Wen et Awad 2005). Il y a plus de 15 ans, le *British Medical Journal* publiait une série d'articles informatifs soulignant la nécessité de nouveaux cadres conceptuels et styles de gestion reposant sur des systèmes adaptatifs complexes pour améliorer le système de santé (Fraser et Greenhalgh 2001; Plsek et Greenhalgh 2001; Plsek et Wilson 2001; Wilson, Holt et Greenhalgh 2001).

Globalement, un corpus de plus en plus abondant décrit des approches inédites destinées à répondre à la complexité, notamment des approches collaboratives en matière d'innovation politique et de gouvernance pour trouver de nouvelles définitions et idées politiques en vue de résoudre les problèmes viciux (Sørensen et Waldorff 2014); la gouvernance collaborative délibérative (« DCG »), d'une part pour s'attaquer aux problèmes viciux, d'autre part pour faire remonter la confiance du public (Gollagher et Hartz-Karp 2013); et les capacités de gouvernance nécessaires pour résoudre les problèmes viciux, à savoir la réflexivité, la résilience, la réactivité et la redynamisation (Termeer et coll. 2015). Même si cette recherche de théories de gouvernance permettant de s'attaquer à la complexité peut sembler ésotérique, bon nombre de travaux proposent des études de cas et des conseils pratiques aux administrateurs et décideurs du secteur de la santé.

La prise de décision locale au moyen de la régionalisation des soins de santé

Dernièrement, en gardant à l'esprit les enjeux inhérents au Nord de l'Ontario et la complexité du système dans son ensemble, un troisième pilier théorique de la gouvernance présente la prise de décision locale comme un objectif de la réforme du système de santé. Globalement, le système de santé du Canada se caractérise par une tendance à la régionalisation, en organisant la gouvernance de la mise en œuvre des politiques de santé en fonction du lieu et de la population, plutôt que selon le type de maladie (Touati et coll. 2007). La régionalisation est apparue comme suite aux mouvements de réforme du système de santé ayant eu lieu à la fin des années 1980 et pendant les années 1990. Elle propose d'améliorer la responsabilisation,

d'intensifier la participation du public et de renforcer l'efficacité et l'efficience en adoptant un système de soins plus horizontal et communautaire.

On a suggéré cyniquement que les organismes régionaux servaient de « tampon » aux responsables politiques à une époque marquée par des pressions financières accrues et l'augmentation des coûts de santé (Forest et Palley 2008; Lewis et Kouri 2004).

Diverses régies régionales de la santé (RRS) ont été formées partout au Canada et recouvrent deux axes : un transfert de pouvoirs par un ministère de la santé provincial sur un axe, et la décentralisation ou la centralisation des prestations en fonction du lieu sur le second axe (Lewis et Kouri 2004). D'autres aspects clés incluaient une combinaison de prestations et/ou de financement des services, des contributions locales en matière de planification et d'établissement des priorités, une intégration accrue et une réduction des activités redondantes, et une attention particulière accordée à la promotion de la santé (Gardner 2006, 14). Habituellement, les tensions entre les ministères de la Santé et les RRS concernent le véritable degré d'autonomie de ces dernières et l'attribution des fonds. Toutes les provinces ont restructuré leurs RRS au moins une fois, la tendance récente consistant à en réduire le nombre.

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario

Dernière province à régionaliser, l'Ontario a mis en place en 2006 ses réseaux locaux d'intégration des services de santé pour planifier, intégrer et financer les soins de santé locaux, mais, contrairement aux autres provinces, pas pour gouverner ou fournir des soins de santé directement. Les 14 RLISS de l'Ontario sont des organismes sans but lucratif de la Couronne qui divisent la province en zones géographiques dont la superficie et la population ne correspondent pas nécessairement aux unités existantes telles que les circonscriptions électorales, les zones des bureaux de santé publique, les municipalités ou les comtés. Chaque RLISS compte jusqu'à neuf administrateurs, qui sont nommés par le gouvernement de l'Ontario. Les fournisseurs de services de santé (FSS) gèrent leurs propres conseils d'administration, contrairement à ce qui s'est produit lors de la consolidation opérée dans d'autres territoires de compétence avec les modèles des RRS (Bhasin et Williams 2007; Gardner 2006; Ontario 2015c). Les relations sont régies par le cadre législatif et politique du gouvernement provincial, ainsi que par des ententes de responsabilisation comme celles conclues entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) et chaque RLISS, et entre chaque RLISS et chaque FSS.

Le Nord de l'Ontario est divisé en deux RLISS : celui du Nord-Est et celui du Nord-Ouest. Le RLISS du Nord-Ouest est le plus petit sur le plan de la population (235 870 personnes en 2015) mais le plus grand sur le plan géographique, puisqu'il couvre près de 47 pour cent de la province (458 010 kilomètres carrés, soit un territoire plus vaste que l'Allemagne). Ce RLISS a des ententes avec 129 FSS, dont 13 hôpitaux, et leur fournit un financement (RLISS du Nord-Ouest 2016). Quant au RLISS du Nord-Est, il concerne 564 410 personnes et s'étend sur 400 000 kilomètres carrés (RLISS du Nord-Est 2016), et finance 194 FSS, dont 25 hôpitaux. Ces deux régions connaissent des tendances démographiques et sanitaires comparables, même s'il existe une diversité considérable au sein de leurs larges territoires. En bref, leurs populations diffèrent de celles du reste de la province dans le sens où elles sont généralement en déclin, sont plus rurales, ont plus de difficultés à accéder aux soins de santé primaires, et sont en moins bonne santé selon de nombreux indicateurs (Qualité des services de santé Ontario 2017; RLISS du Nord-Est 2016; RLISS du Nord-Ouest 2016). Les deux RLISS ont une proportion de résidents autochtones plus élevée que dans le reste de la province, que l'on estime à 24,4 pour cent dans le Nord-Ouest et à 13 pour cent dans le Nord-Est; ils abritent également une importante population francophone, notamment dans le Nord-Est. Dans l'ensemble, la prestation de soins de santé dans le Nord de l'Ontario présente plusieurs facteurs et enjeux bien distincts.

Le mandat original des RLISS

Une brève étude du mandat original et de la mise en place des RLISS peut fournir un contexte utile pour comprendre l'état de la prise de décision locale dans le Nord de l'Ontario. Auparavant, le MSSLD administrait les FSS par le biais de 7 bureaux régionaux, avec 16 conseils régionaux de santé jouant un rôle de consultation (Ontario 2015c, 307). En 2004, le gouvernement provincial a présenté la loi donnant aux RLISS les moyens de mettre en place de plus vastes réformes en matière de santé (Ontario 2015c, 307). George Smitherman, alors ministre de la Santé, a résumé l'objectif visé de la façon suivante :

« La plupart des soins de santé se font localement, mais nous ne sommes pas vraiment efficaces quand il s'agit de planifier en fonction des besoins locaux et d'y répondre [...]. C'est pourquoi nous allons dessaisir Queen's Park d'une part de l'autorité qui est actuellement la sienne et en doter les réseaux locaux, qui sont plus proches des vraies gens, plus proches des patients » (cité dans Gardner 2004, 4. Traduction). L'objectif était de donner au MSSLD un simple rôle d'intendance, et de « transférer une bonne partie de son pouvoir et de son autorité aux RLISS » (8; traduction). L'idée était que les autorités locales « seraient mieux à même d'apprécier les besoins en santé réels de la population et d'y répondre de façon juste », mais aussi d'atténuer les questions politiques et intérêts particuliers pouvant pervertir les soins de santé centralisés (Barker 2007, 4; Bhasin et Williams 2007). Une intendance ministérielle impliquait de définir les priorités provinciales, de légiférer et de réglementer, de fixer des niveaux de financement et de déterminer des objectifs de rendement globaux pour le système de santé dans son ensemble (Bhasin et Williams 2007; RLISS du Sud-Est 2015). Aux termes de la Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local, les RLISS étaient responsables des FSS dans six secteurs de santé : hôpitaux, foyers de soins de longue durée, centres d'accès aux soins communautaires, services communautaires de santé mentale et de traitement des dépendances, organismes de soutien communautaire, et centres de santé communautaires.

En revanche, certains services n'étaient pas de leur ressort, comme l'essentiel des services de soins primaires (comme les médecins et le personnel infirmier), des services de santé publique ou des services de laboratoire, entre autres (Ontario 2015c, 311; RLISS du Sud-Est 2015). À un échelon élevé, la capacité des RLISS à intégrer les services se fait au moyen d'allocations de fonds et de décisions formelles par écrit qui contraignent les FSS à l'intégration, même si plusieurs limites et restrictions restreignent ce pouvoir et que les FSS disposent d'un mécanisme d'appel (Bhasin et Williams 2007).





Il existe relativement peu de travaux de recherche sur l'efficacité des RLISS (ou des RRS en règle générale) comme modèle de gouvernance, et notamment peu d'études récentes. Rapidement après la mise en place des RLISS, les experts de la santé ont signalé que d'éventuels problèmes de participation citoyenne pourraient se poser, et ont émis des réserves sur les ententes rendant les RLISS responsables devant le MSSLD mais pas devant les collectivités desservies. Ils ont aussi désapprouvé la taille des régions et l'absence initiale d'un processus de mobilisation communautaire prescrit par la loi (Barker 2007). Par la suite, des commentateurs ont occasionnellement critiqué la mise en œuvre. On a par exemple suggéré que les RLISS étaient « pris à la gorge » par les directives du ministère et une bureaucratie ministérielle inutilement abondante, et qu'il conviendrait de les remplacer rapidement par des organismes de santé régionaux intégrés de taille plus modeste et dotés de plus de pouvoirs (Ronson 2011, 6).

De plus, les RLISS sont évalués périodiquement par des comités nommés par le gouvernement et des organismes indépendants du gouvernement. Le rapport 2012 de la Commission de réforme des services publics de l'Ontario (ou « Commission Drummond ») incluait des recommandations structurelles : intégrer pleinement les services de santé au sein d'un modèle de RLISS repensé et doté de pouvoirs et de ressources suffisants; réduire le nombre d'organismes que les RLISS doivent superviser; consolider les bureaux existants et leurs conseils là où cela s'impose; et éliminer toute influence politique des opérations (Drummond et coll. 2012).

Autre exemple : le Comité consultatif d'experts pour le renforcement des soins primaires en Ontario a recommandé la création de groupes de soins aux patients axés sur la population qui concluraient des contrats avec les fournisseurs de soins primaires et rendraient compte au RLISS en vertu d'une entente de responsabilisation (Price et coll. 2013). Même s'il se concentre sur les soins primaires, ce rapport présentait un nouveau modèle de gouvernance au sein de la structure des RLISS sur la base de sous-niveaux régionaux (comme les districts scolaires), les diverses particularités locales étant prises en compte lors de la mise en œuvre. Au final, même si le gouvernement provincial a tenu compte de certains aspects du rapport, il n'a pas mis ce modèle en œuvre.

En 2015, le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario a mené un audit sur le rendement des RLISS, et a critiqué le fait que le MSSLD n'ait pas donné suite aux engagements antérieurs prévoyant un plan pour aider les collectivités rurales et du Nord sous-desservies depuis longtemps. En conséquence, le MSSLD s'est engagé à répondre à ces défis au moyen d'une intégration plus vaste et de services administrés localement (Ontario 2015c, 330). À la même époque, le comité

consultatif du Carrefour santé multisectoriel en milieu rural a recommandé un concept de « carrefours ruraux », que le MSSLD a appuyé en collaborant avec les RLISS et l'Association des hôpitaux de l'Ontario à la finalisation d'un plan de travail en mars 2018 (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2015; 2017, 109). Enfin, ces dernières années, le MSSLD a orchestré d'autres réformes par l'intermédiaire de « Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé » et lois associées (Ontario 2015a). En 2015, Eric Hoskins, alors ministre de la Santé, résumait dans une allocution le rôle actuel des RLISS en le comparant à ce qu'il devait être initialement :

« Selon moi, un système qui répond le mieux possible aux besoins des patients et le fait avec équité est un système réellement axé sur la population, qui est profondément intégré à l'échelle locale. Pour commencer, il faut une solide gouvernance locale. C'est d'ailleurs ce qui a mené à la création de nos réseaux locaux d'intégration des services de santé — la conviction que la gouvernance locale est le meilleur moyen de répondre aux besoins de la population locale, plutôt que de tout gérer de nos bureaux ici, à Toronto. [...] [Les RLISS] connaissent les besoins de leur population; ils connaissent les partenaires et les fournisseurs de service qui en prennent soin. Les RLISS sont de plus en plus élaborés et doivent continuer à évoluer. En fait, ils ont la capacité de jouer un rôle qui laisse une plus grande place à l'importance de la prise de décision et de la gestion à l'échelle locale. Et cela touche aussi les soins primaires. » (Hoskins 2015)

Il faut noter que, dans la version la plus récente du plan d'action, les RLISS sont devenus responsables de la prestation de soins à domicile (absorbant ainsi les centres d'accès aux soins communautaires), avec un rôle étendu à (mais sans pleinement contrôler) la planification des soins primaires, l'établissement de zones géographiques de planification moins étendues, et la mise en œuvre de comités consultatifs des patients (Ontario 2016). Ces importants changements étaient mis en place au moment où nous réalisons des entretiens dans le cadre de la présente étude.



Méthodologie

Ce projet de recherche s'est déroulé entre mars et août 2017 et, comme indiqué précédemment, se focalise en partie sur le système de santé du Nord de l'Ontario comme une étude de cas illustrant les enjeux de la gouvernance nordique. Nous avons choisi des méthodes qualitatives pour révéler et décrire ses attributs et mieux comprendre cet aspect de la gouvernance des soins de santé.

Pour la génération de données, nous avons adopté une approche en deux volets, avec une étude documentaire et des entretiens auprès de 12 informateurs clés exerçant dans les hôpitaux et les RLSS du Nord de l'Ontario. Les participants ont été sélectionnés en consultation avec l'Institut des politiques du Nord et des conseillers issus du système de la santé et du monde universitaire. La sélection s'est efforcée d'équilibrer la représentation en fonction de la taille des hôpitaux et de la région. La disponibilité des participants et la durée limitée du projet étaient d'autres facteurs pour la sélection et l'échantillonnage. Les participants présentaient des profils variés, que ce soit sur le plan de l'expérience, de la durée de leur service et de leurs carrières précédentes, mais les tailles des échantillons étaient trop petites pour tirer des conclusions quantitatives sur la base de ces trois facteurs.



Constatations

Les réponses détaillées fournies par les participants des hôpitaux et des RLISS (N = 12) ont donné des renseignements utiles sur la gouvernance régionale et la prise de décision locale. En général, quand on leur a demandé si le système de santé actuel reflétait les besoins des habitants du Nord ontarien, presque tous les participants ont fourni une réponse positive ou mitigée; seul un participant a clairement répondu par la négative. Un échantillon de participants à la répartition similaire a estimé que les points de vue locaux étaient reflétés dans les décisions prises par leur RLISS. En effet, les entretiens ont révélé que même si certaines des politiques en cours de création sont axées sur les besoins du Sud, les politiques concernant tous les RLISS du Nord pouvaient parfois ne pas toujours refléter la variété des besoins existants.

A contrario, les participants n'étaient pas tous du même avis sur la question centrale, à savoir si les RLISS remplissaient leur mandat initial. Certains estimaient qu'il restait du travail à faire, tandis que d'autres jugeaient que les RLISS disposaient d'un contrôle et de pouvoirs suffisants pour établir des priorités reflétant la situation régionale. Il a également été suggéré que les RLISS devraient évoluer de façon à adopter le modèle des RSS dans son intégralité. S'agissant des FSS, plus de deux tiers des participants estimaient que leur institution avait des structures de gouvernance dotées d'un champ d'action et de pouvoirs suffisants pour prendre des décisions efficaces quant à la prestation de services en leur propre sein.

De plus, même si la majorité des participants étaient d'avis que les indicateurs recueillis par Qualité des services de santé Ontario reflétaient les priorités et besoins locaux, la plupart d'entre eux ont aussi indiqué que leurs institutions ne disposaient pas du pouvoir de décision permettant de produire des résultats pour tous les indicateurs. Les participants issus des RLISS ont fourni des réponses mitigées s'agissant de leur propre pouvoir à satisfaire à ces mêmes obligations de rendement.

Globalement, les réponses ont permis de dégager trois orientations thématiques : la conception du système de gouvernance, le leadership dans le Nord, et la complexité du système de santé. Le Tableau 1 détaille plusieurs sous-thèmes communs mentionnés par tous les participants ou la majorité d'entre eux.

Tableau 1. Thèmes communs évoqués par tous les participants ou la majorité d'entre eux, regroupés par orientation thématique

Conception du système de gouvernance	Leadership dans le Nord	Complexité du système de santé
<ul style="list-style-type: none"> Besoin de mieux apprécier la diversité géographique et démographique Trop de contrôle central par le gouvernement La politique a une influence négative sur les résultats Meilleure intégration nécessaire au-delà du secteur des soins actifs (p. ex. soins primaires, problème systémique en matière de santé mentale, besoin de soutiens communautaires) 	<ul style="list-style-type: none"> Défis relatifs à la capacité de leadership pour la haute direction et les conseils (p. ex. pénurie de personnel, besoins en matière de formation, planification de la relève, besoins en hausse) La création de liens solides est nécessaire au niveau des RLISS et des FSS avec le modèle actuel. Difficulté pour les FSS à avoir un point de vue systémique (p. ex. esprit de clocher, responsabilité financière vis-à-vis de l'hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> Plusieurs mentions d'un facteur d'attraction central ou d'une vision centrale pour les soins de santé (p. ex. patient, communauté, maladie, optimisation des ressources, populations vulnérables) Reconnaissance du caractère multiforme de la complexité (p. ex. système en évolution, complexités juridictionnelles, parcours transformationnel)

Discussion

Étant donné que les indicateurs de santé sont moins bons dans le Nord de l'Ontario et que la région fait face à des difficultés bien connues en ce qui concerne la prestation de services, les constats ressortant de cette étude ne sont pas aussi négatifs que prévu. La plupart des participants à l'étude ont reconnu qu'ils vivaient un « parcours transformationnel » qui n'était pas terminé. Le consensus est que la situation s'est améliorée pour les Nord-Ontariennes et les Nord-Ontariens ces dernières décennies. Toutefois, il apparaît également qu'il faut déployer plus d'efforts pour améliorer la prise de décision locale au sein de la gouvernance des soins de santé du Nord de l'Ontario. Certains des constats clés sont évoqués ci-dessous, en gardant à l'esprit le cadre théorique de cette étude.

Il est intéressant de noter que les participants à l'étude ont adopté un point de vue qui était soit essentiellement « structurel » (p. ex. conception du système, processus, politiques, c'est-à-dire les règles), soit essentiellement axé sur les « gens » (p. ex. le leadership, la gestion des relations, c'est-à-dire les acteurs) en décrivant les problématiques et solutions liées à la gouvernance des soins de santé dans le Nord de l'Ontario. Cet éventail d'idées n'est pas si surprenant que cela quand on considère l'interdépendance de ces aspects et parce que les problèmes viciés sont censés ne pas avoir de bonne ou mauvaise solution (Gollagher et Hartz-Karp 2013).

Éléments structurels de la gouvernance

La centralisation par opposition au contrôle local

Selon de nombreux participants, le « système de santé local » est toujours trop soumis au contrôle de Toronto. Les participants ont ainsi souvent déclaré que le gouvernement devrait établir les résultats en matière de santé et laisser les leaders locaux de la santé définir les modalités de prestation des soins. D'autres ont donné des exemples pour montrer que le MSSLD ferait mieux de laisser certaines questions entre les mains de l'administration locale, comme les frais de stationnement. À l'opposé, certains participants ont jugé que cette situation donnait l'occasion de voir comment ces institutions orientent les priorités de financement provincial jusqu'aux localités. De plus, presque tous les participants ont mentionné des facteurs politiques s'étant soldés par des problèmes de gouvernance, une marginalisation, ou

des obstacles à la réforme. Par exemple, des participants ont déclaré que les problèmes de gouvernance se développaient en raison de la déconnexion entre la réalité et ce qui peut être fait. De surcroît, la politique locale peut elle aussi être un facteur négatif, par exemple en bloquant ou en retardant une approche factuelle de rationalisation des services dans une petite municipalité. Les déclarations des participants (Tableau 2) témoignent de la variété des commentaires concernant la politisation du système de santé.

Tableau 2. Déclarations récurrentes des participants s'agissant de la politique dans le système de santé

- L'approche politique est disponible en dernier recours (les FSS faisant remonter les décisions défavorables)
- Scepticisme en ce qui concerne l'engagement gouvernemental vis-à-vis de la prise de décision locale
- L'implication des politiciens se solde par des inefficacités
- Le gouvernement se focalise seulement sur les problèmes ponctuels
- Le rôle du RLIS est limité par les politiciens
- Limiter les interférences politiques se traduira par des décisions opérationnelles plus avisées
- Conserver trop de conseils de FSS est une décision politique
- Le fait que le ministère veuille éviter une attention négative de la part des médias entrave les RLIS
- La politique (à tous les niveaux) freine l'intégration
- Il faut un engagement et une détermination politiques (pour faire des changements plus audacieux)
- Le RLIS est devenu un animal politique
- Des zones similaires (c'est-à-dire des municipalités de taille semblable) sont traitées différemment pour des questions politiques
- Le principal problème, c'est la politisation de la santé

Pourquoi est-ce important? Il est important de noter que si elle était appliquée de façon continue, une approche stratégique du sommet vers la base pourrait étouffer l'innovation nécessaire pour s'attaquer aux nouveaux défis dans un environnement en constante évolution (Sørensen et Waldorf 2014, 3).

La microgestion du gouvernement et les réactions politiques disproportionnées face à des problématiques très restreintes et sensationnelles ne sont pas propices à des solutions mûrement réfléchies convenant à des systèmes complexes. Pour résoudre les problèmes vicieux, les travaux de recherche soulignent abondamment la nécessité d'une réflexion globale (Raisio 2009; Termeer et coll. 2015). Il est cependant difficile de penser globalement dans/entre les ministères gouvernementaux traditionnels, et encore moins entre gouvernements. Les leaders locaux de la santé sont mieux placés pour prendre de nombreuses décisions, mais la plupart disent être limités parce que les RLIS ne contrôlent pas tout le continuum de soins. Les participants à l'étude ont souvent regretté le fait que les soins primaires, par exemple, soient toujours financés directement par le MSSLD alors que les médecins travaillent dans des hôpitaux.

Dans un sens, cette fragmentation persistante pourrait indiquer que le gouvernement et les autres leaders du système ont échoué à redynamiser leur approche, soit à déployer la capacité de gouvernance nécessaire pour gérer les problèmes vicieux et à « débloquer les stagnations et relancer les processus politiques » (Termeer et coll. 2015, 685. Traduction). Si une approche ne fonctionne pas, il faut en essayer une autre. Le fait d'avoir des carences en ce qui concerne cette capacité peut conduire les choses à stagner, voire à régresser. De même, une étude de cas portant sur la perte de vitesse d'une réforme du système de santé finlandais a constaté que, même si les planificateurs du secteur de la santé reconnaissaient que les problèmes étaient complexes, les solutions proposées continuaient de mieux convenir à des problèmes simples et étaient souvent perçues comme « trop pragmatiques, trop bornées et trop linéaires » alors que des réformes beaucoup plus globales et audacieuses s'avéraient nécessaires (Raisio 2009, 491). La plupart des participants à la présente étude estimaient eux aussi que l'approche adoptée était trop prudente, et que le gouvernement provincial aurait dû dès le départ s'engager à déployer le modèle des RSS dans son intégralité.

Géographie et démographie

Les particularités géographiques et démographiques du Nord de l'Ontario introduisent de nouvelles questions. La région, même une fois divisée en deux, n'est-elle pas trop étendue et la population trop disséminée pour être gouvernée de la même façon que le Sud? Les organes de gouvernance responsables de territoires plus vastes que

de nombreux pays semblent trop grands pour prendre des décisions efficaces à l'échelon local et, comme noté précédemment, plusieurs rapports et commentateurs recommandent des unités de taille plus réduite et sous-régionales.

De même, la plupart des participants à l'étude ont mis en évidence plusieurs sous-régions et populations vulnérables (comme les Autochtones, les francophones et les patients ayant des troubles de la santé mentale ou nécessitant un autre niveau de soins) qui, dans le modèle actuel, créent des problèmes de coordination. La nécessité pour les leaders de « réfléchir au-delà des murs de leur hôpital » a souvent été soulignée, indiquant que le seul niveau des FSS est généralement trop restreint. Pour de nombreux services, la plupart des municipalités de la région sont par ailleurs de taille trop modeste pour fournir une masse critique et permettre des économies d'échelle (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2015). On constatera sans surprise que, pour les conseils des hôpitaux, dont la première responsabilité juridique est de faire en sorte que leur organisation parvienne à l'équilibre budgétaire, l'adoption d'une perspective systémique soit difficile, même s'ils soutiennent les plans de leur RLIS. Les participants ont bien sûr relevé que la politique de clocher au sein des FSS constituait un enjeu, tout comme les tentatives de trouver la zone géographique idéale.

C'est un domaine dans lequel le Nord a pris la tête. À la lumière des concepts initialement introduits par le RLIS du Nord-Ouest, le MSSLD établit aujourd'hui des zones de planification sous-régionale sur la base des données démographiques, de la situation économique et des particularités culturelles (RLIS du Nord-Ouest 2016; Ontario 2016). Dans le cadre de cette initiative, le concept de soins axés sur le patient est mis en avant au moins depuis 2010 et le rapport du Comité d'étude des services de santé dans les collectivités rurales et du Nord. De plus, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et l'Ontario Medical Association ont, par le biais du comité consultatif multisectoriel sur les carrefours de santé en milieu rural (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee), approfondi ce concept et recommandé la mise en place d'un carrefour de santé rurale entièrement intégré, financé par le RLIS, qui fournirait des services intégrés d'un bout à l'autre du continuum de la santé. Chaque carrefour aurait un organe administratif et un conseil intersectoriel dont les administrateurs seraient élus en fonction de leurs compétences (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2015). Ces entités ne seraient pas un modèle « générique ».

Même s'ils n'en sont pas encore là, les RLIS du Nord continuent de mettre en œuvre des zones de planification sous-régionale. Pour la période de planification 2016-2019, le RLIS du Nord-Ouest a entrepris de créer des centres locaux de soins de santé et des réseaux de district intégrés, ainsi que des programmes régionaux (RLIS du Nord-Ouest 2016, 12). Les centres locaux de soins de santé fournissent un large éventail de services de santé aux collectivités locales, et planifient ces services. Les

programmes régionaux établissent des normes dans l'ensemble du RLISS, tandis que cinq réseaux de district intégrés (district de Kenora, district de Rainy River, district de Thunder Bay, district de la ville de Thunder Bay et district du Nord, qui s'étend aux collectivités du Grand Nord de la province) coordonnent verticalement la prestation de services intégrés aux résidents dans leur zone respective (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2017; RLISS du Nord-Ouest 2016, 12). Dans chaque réseau, un hôpital est désigné centre du district. Le RLISS du Nord-Est a établi un nombre similaire de carrefours de planification, notamment celui de Sudbury-Manitoulin-Parry Sound, de Nipissing-Temiskaming, d'Algoma, de Cochrane, et de James Bay et Hudson Bay (RLISS du Nord-Est 2016, 10).

Les carrefours ruraux sont un exemple de changements gouvernementaux graduels respectant les contraintes du système actuel. Bien que la plupart des participants réagissent favorablement aux carrefours de la santé, ils soulignent que les aires desservies ne doivent pas être trop vastes dans l'éventualité où une rationalisation renforcée des organismes s'imposerait. Certains ont aussi suggéré que ces unités pourraient peut-être remplacer les RLISS à l'avenir afin d'alléger le fardeau administratif.

La mise en place de ces zones sous-régionales s'est largement appuyée sur des données factuelles, en tirant parti des limites traditionnelles (comme celles des districts) et des caractéristiques démographiques. Même si l'on ne peut pas s'appuyer sur l'étude de structures administratives régionales semblables aux comtés ou aux municipalités régionales du Sud de l'Ontario, les recherches récentes sur la gouvernance (hors du domaine de la santé) vont au-delà des démarcations politiques traditionnellement utilisées pour le Nord-Est et pour le Nord-Ouest de l'Ontario, car elles impliquent à tort que la région est homogène. Conteh définit d'ailleurs 11 zones économiques distinctes incluant des nuances souvent laissées de côté dans l'approche géographique du Nord de l'Ontario. L'utilisation de ces zones présente des avantages potentiels : offrir la densité nécessaire à la planification à long terme et limiter les politiques de clocher pour s'attaquer aux problèmes communs (Conteh 2017, 27). Ces avantages sont aussi nécessaires dans le domaine des soins de santé, mais il faudra mener d'autres études pour définir des échelles et unités régionales plus appropriées dans le Nord de l'Ontario.

Malgré sa volonté de changement, le système dispose d'un **grand nombre d'acteurs** et de **ressources limitées**.

Un sentiment d'urgence

Outre ces réflexions d'ordre structurel, le rythme du changement est un thème régulièrement évoqué dans

les entretiens, les participants soulignant un décalage concernant le temps nécessaire pour résoudre les problèmes. Une large partie d'entre eux ont fait allusion au fait que les prestataires et les décideurs politiques n'avaient pas le même sentiment d'urgence : la réforme du système de santé avance trop lentement alors que les crises sanitaires progressent trop vite. Par exemple, le seul fait de transférer un patient d'un hôpital à un autre pour lui prodiguer des soins plus spécialisés peut prendre plus de temps que nécessaire. Pourquoi faut-il si longtemps pour prendre une décision qui peut sauver une vie et qui est financièrement logique?

Le modèle d'intégration négocié progresse moins vite que d'autres modèles de RRS. En effet, non seulement le transfert des ressources prend du temps, mais il requiert une mobilisation et des partenariats. Même si la volonté de changement est bien là, le système réunit de très nombreux acteurs et ses ressources sont limitées.

La gouvernance et le côté humain

L'abandon des systèmes d'administration des soins de santé formels, hiérarchiques et traditionnels a débouché sur un système plus compliqué de gouvernance à plusieurs niveaux. Cela implique toute une diversité d'arrangements et de nouvelles organisations non gouvernementales dans les réseaux (Alcantra et Nelles 2014). À l'heure actuelle, les RLISS du Nord de l'Ontario ont des ententes de responsabilisation avec pas moins de 262 FSS. Les participants des RLISS ont évoqué à quel point cette charge administrative les occupait, et s'attendent à la voir doubler avec l'incorporation des centres d'accès aux soins communautaires en leur sein. De plus, la nécessité de nouer des relations s'étend à une gamme d'intervenants plus large.

On notera avec intérêt que Sturmberg, O'Halloran et Martin ont illustré cette complexité en 2012 dans le « vortex de la santé » qu'ils ont utilisé pour décrire la réforme du système de santé australien. En s'inspirant de cet outil (qui a été considérablement simplifié pour les besoins de cette discussion), on peut représenter le système de santé du Nord de l'Ontario comme un entonnoir (voir la Figure 1). De nombreux organismes opèrent à différents niveaux au sein de ce vortex tourbillonnant, sachant qu'il existe en réalité bien plus d'agents d'influence que dans cette figure. En haut de l'entonnoir, on trouve les



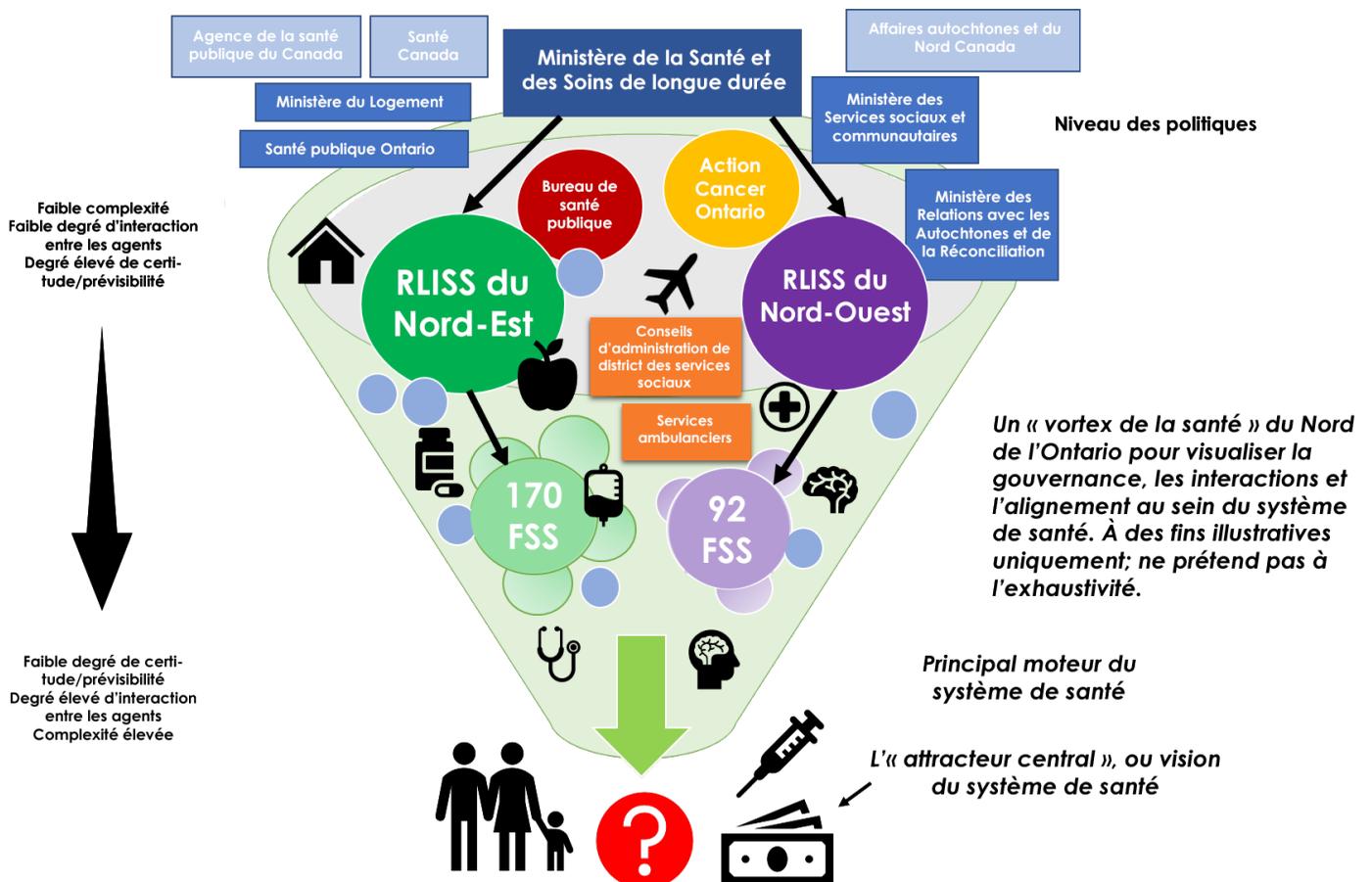
ministères gouvernementaux, qui prennent des décisions stratégiques catégorisables en compartiments relativement distincts. Le degré et la complexité des interactions entre les organismes augmentent à mesure que l'entonnoir se rétrécit. De ce fait, l'imprévisibilité se renforce elle aussi. À un niveau inférieur de l'entonnoir, les RLISS doivent interagir avec de nombreux organismes, y compris des groupes professionnels, des dizaines de municipalités et d'organisations municipales, les conseils d'administration de district des services sociaux, les Premières Nations, les conseils tribaux, les organisations territoriales politiques, et bien d'autres. Les FSS opèrent au point le plus étroit de l'entonnoir, là où le degré d'interaction est le plus fort, puisqu'ils travaillent aux côtés d'intervenants locaux encore plus nombreux. C'est à ce niveau que la complexité et l'imprévisibilité se font le plus sentir : les FSS doivent transformer les financements, les politiques, les conseils et les autres orientations émanant de l'ensemble des entités précitées en soins pour des êtres humains complexes.

Qui crée la force au centre du vortex? C'est là où l'outil visuel de la Figure 1 est utile. Sur le papier, le MSSLD affirme que sa vision est centrée sur le patient, mais

certain auteurs avancent que cette vision de la réforme du système de santé peut seulement être concrétisée si les décideurs sont en mesure de déplacer l'attracteur central sur la perception qu'ont les gens de la santé (Sturmberg, O'Halloran et Martin 2012). Les participants à la présente étude ont exprimé différents points de vue, et souvent de l'incertitude, à propos de cet attracteur central et de ce qu'il représente ou devrait représenter : patient, populations vulnérables, argent, maladie, voire dotation en personnel? De plus, certains ont déclaré que le modèle actuel n'était pas adéquat pour améliorer les déterminants sociaux de la santé et soutenir les populations vulnérables chevauchant les limites établies.

Sturmberg, O'Halloran et Martin (2012) soulignent qu'un système de santé peut seulement produire ce pour quoi il est conçu. On pourrait argumenter que l'approche progressive du modèle des RLISS vis-à-vis de la transformation en tant que telle (fondée sur la négociation plutôt que sur l'autorité) mérite davantage d'être qualifiée d'axée sur l'institution (gérer les aspects politiques, protéger les emplois locaux ou encore gérer les intérêts organisationnels) que d'axée sur le patient.

Figure 1. Le vortex de la santé dans le Nord de l'Ontario : quel est l'attracteur central?



Chaos juridictionnel

Parallèlement, la plupart des participants ont également indiqué que les complexités juridictionnelles constituaient un autre défi de gouvernance. Ils ont ainsi déclaré que les collectivités et groupes autochtones voient le RLISS comme un connecteur entre les fournisseurs et les administrations gouvernementales. Comme le Nord de l'Ontario compte la population autochtone la plus nombreuse, les RLISS doivent travailler aux côtés des groupes autochtones ainsi qu'avec Santé Canada, qui fournit des services de santé dans les réserves des Premières Nations. Par exemple, le RLISS du Nord-Ouest a déjà des relations de financement avec 44 organismes autochtones, et des négociations trilatérales ont toujours lieu avec le gouvernement fédéral (essentiellement aux paliers les plus élevés). Selon les participants, il y a un nombre considérable de discussions préliminaires au sujet d'éventuels modèles fusionnant les pouvoirs et/ou les financements fédéraux et provinciaux, et des progrès récents ont eu lieu à ce sujet. En 2016, le MSSLD a lancé le Plan d'action pour la santé des Premières Nations de l'Ontario, et le 23 juillet 2017, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée et le grand chef de la nation Nishnawbe Aski ont signé la Charte des principes relationnels régissant la transformation du système de santé sur le territoire de la nation Nishnawbe Aski (Canada 2017). En dépit de ce progrès favorable, il conviendrait de saisir d'autres opportunités pour fusionner les responsabilités provinciales et fédérales au moyen d'innovations plus audacieuses en matière de gouvernance.

Un système de santé peut produire seulement ce qu'il est conçu pour faire

Sturmborg, O'Halloran, and Martin (2012)

Leadership dans le Nord

Les règles et les processus ne peuvent pas expliquer tous les imprévus et toutes les interactions intervenant dans l'environnement complexe et changeant du « vortex tourbillonnant de la santé ». Ainsi, les participants ont mentionné la façon dont la structure juridique était utilisée lors des dysfonctionnements — une norme minimale en cas de survenue d'un conflit. Parallèlement, d'autres participants déclaraient que, quelle que soit la structure de gouvernance en place, il y aurait toujours des plaintes.

En ce qui concerne l'aspect « humain » de la gouvernance, les réponses recueillies mentionnaient essentiellement la nécessité d'avoir des dirigeants qualifiés et, en effet, un leadership intelligent est essentiel pour les

systèmes adaptatifs complexes comme celui de la santé (Tan, Wen et Awad 2005, 43). De tels leaders doivent non seulement être compétents, mais aussi savoir s'adapter au changement et rechercher constamment l'amélioration (Fraser et Greenhalgh 2001). Par exemple, les nouveaux financements et les exigences plus complexes demandent des connaissances spécialisées. La Commission Drummond a d'ailleurs fait la recommandation suivante pour renforcer l'efficacité de la prise de décision locale : « Les dirigeants des RLISS doivent être au fait des enjeux politiques et communautaires de leur région. On ne devrait pas les nommer par décret, mais plutôt les engager en ayant recours aux meilleures pratiques de recrutement de cadres pour assurer l'indépendance du processus et faire en sorte d'obtenir une combinaison appropriée de compétences et d'expertise. » (Drummond et coll., 2012).

Cela soulève bien sûr un point intéressant : les conseils des FSS, notamment dans les petites collectivités, qui comptent des membres ayant peu ou pas d'expérience dans le domaine de la santé, doivent-ils prendre des décisions délicates en matière d'allocation? Les participants ont exprimé leur inquiétude en ce qui concerne le peu de personnes suffisamment qualifiées pour être cadres dirigeants ou siéger aux conseils, un nombre limité qui s'explique par la population moins nombreuse et plus dispersée qui caractérise le Nord de l'Ontario. Pour pallier cette pénurie, les RLISS cherchent à financer le perfectionnement en leadership au sein même du système. Les entretiens ont suggéré que le trop grand nombre de règles fixées par le gouvernement pourrait expliquer la simplification du processus de gouvernance, ainsi que le risque accru de voir disparaître des dirigeants qualifiés.

Cette situation se vérifie également pour les cadres administratifs supérieurs qui rejoignent le secteur privé. Entre autres conséquences, cela pourrait perpétuer le manque de diversité existant sur le plan démographique et du point de vue des avis exprimés dans les conseils, ce qui renforce les interrogations exprimées par les chercheurs sur l'idée de conseils de citoyens comme un moyen efficace de faire participer ceux-ci à la gouvernance en santé (Chessie 2009) Chercher à obtenir des conseils pratiques auprès du public apporte des renseignements inédits qui sont nécessaires pour mieux prendre en charge les problèmes viciés (Gollagher et Hartz-Karp 2013).

Établissement de relations

Un autre volet du leadership, qui concerne la gestion des relations. Les compétences relationnelles et la capacité à voir une situation dans son ensemble sont nécessaires dans toute approche de gouvernance. En effet, en se penchant sur les enseignements tirés auprès des dirigeants des carrefours de santé existants, l'Association des hôpitaux de l'Ontario a remarqué que les carrefours de santé en milieu rural reposaient sur de solides partenariats locaux, et soulignent la nécessité d'une collaboration fondée sur la confiance et le respect mutuel (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2017, 11). Penchons-nous par exemple sur le cas des petites villes isolées et dotées de ressources limitées.

Outre le fait d'établir de solides relations avec de plus grands hôpitaux, il est essentiel d'avoir une vision commune, de disposer de dirigeants ayant d'excellentes capacités de leadership et de faire preuve de respect. Ces facteurs sont quelques-uns des ingrédients de la réussite en matière de gouvernance dans le secteur de la santé. Dans l'ensemble, les témoignages recueillis pour cette étude brossent un tableau mitigé à positif en ce qui concerne l'aspect relationnel. En général, les participants ont indiqué que les relations de travail entre les hôpitaux et les RLISS étaient bonnes. C'est d'autant plus vrai pour les grands hôpitaux, tout simplement parce qu'ils se situent plus près des RLISS centralisés. Par ailleurs, dans les plus collectivités, les dirigeants des hôpitaux et des RLISS se fréquentent souvent hors du cadre professionnel.

Les participants ont pourtant relevé des exceptions notables. Même s'il ne s'agissait pas d'une priorité, quelques FSS ont estimé que l'absorption des fonctions des centres d'accès aux soins communautaires par les RLISS n'avait pas été communiquée de façon adéquate. Certains FSS ont également déclaré que les RLISS devraient travailler encore plus étroitement avec les cadres des FSS et dialoguer avec eux par l'intermédiaire de l'Association des hôpitaux de l'Ontario. Enfin, certains participants ont indiqué que les prestataires étaient un peu isolés et qu'il n'existait pas de forums collaboratifs efficaces pour faire des progrès concernant les insuffisances des services de santé dispensés aux populations vulnérables.

De l'avis des RLISS, les relations semblaient s'améliorer. Ils dialoguent régulièrement avec les cadres des hôpitaux, sur une base bilatérale et par le biais de groupes semi-formels comme les séances de « gouvernance à gouvernance » organisées avec tous les membres des conseils des RLISS et des FSS, et dialoguent avec les réseaux de santé et tous les dirigeants de leur région. Pourtant, ils ont déclaré qu'établir des relations de confiance avec les chefs de cliniques restait délicat, puisque ces derniers ont depuis toujours « des soupçons quant aux intentions des RLISS ».

En définitive, la dimension du leadership nord-ontarien laisse de nombreuses questions sans réponse. Quelles sont les implications pour les nouvelles structures régionales de gouvernance? Y aura-t-il suffisamment de dirigeants qualifiés pour opérer au sein d'organismes toujours plus complexes? La consolidation des organismes et des conseils serait-elle utile (possiblement grâce à la réduction du nombre de postes de dirigeants) ou, au contraire, serait-elle néfaste (certains postes devenant plus compliqués et assortis de plus de responsabilités)? Le recrutement, la formation et la rétention de personnes qualifiées pour de nombreuses professions sont des questions âprement discutées dans les régions nordiques, rurales et isolées, qui demandent des recherches plus approfondies.



S'attaquer aux problèmes très complexes

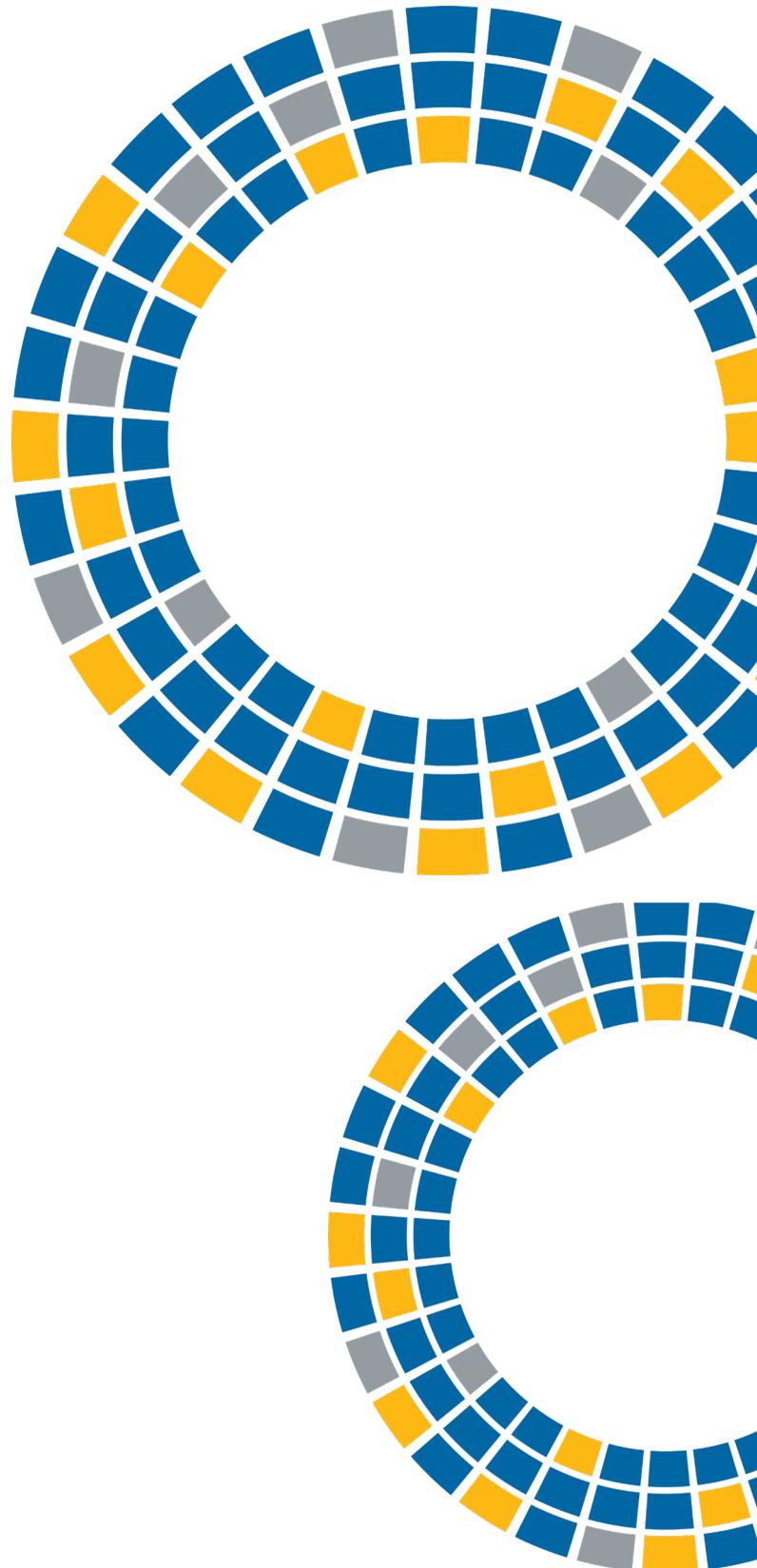
La discussion précédente portait uniquement sur certains aspects des problèmes très complexes qui touchent la prestation des soins de santé. Ces aspects peuvent à leur tour être perçus comme une simple composante de la santé de la population, qui elle-même n'est qu'une des nombreuses priorités publiques demandant ressources et attention. Le système de gestion traditionnel voyait le système de santé comme une machine à faire tourner en utilisant une approche axée sur le commandement et le contrôle. Les théoriciens de la complexité, en revanche, apprécient les relations entre les différents rouages du système plus que les rouages eux-mêmes. Cela implique de traiter les organisations comme des systèmes complexes et évolutifs, ce qui ouvre de nouvelles pistes de réflexion qui insistent moins sur les objectifs et minimisent les processus de contrôle pour promouvoir la « créativité naturelle et la capacité d'organisation du personnel et des parties prenantes » (Plsek et Wilson 2001, 749. Traduction).

La pensée de la complexité ... apprécie plus les **relations entre les différentes parties** du système que les parties elles-mêmes.

Il faudra peut-être de nouvelles approches en matière de gouvernance pour surmonter les défis tenaces présentés dans les pages précédentes. Les recherches menées proposent des exemples de plus en plus nombreux, dont quelques-uns sont brièvement exposés dans la présente étude. Bon nombre des approches inédites préconisées pour résoudre les problèmes viciux mettent l'accent sur la participation des citoyens. Ainsi, la « gouvernance collaborative délibérative » est prometteuse parce qu'elle promeut l'appropriation collective des processus en permettant aux citoyens de participer en tant que partenaires à part entière pour mieux influencer les autres parties prenantes lors des délibérations collectives sur les problèmes et les solutions (Gollagher et Hartz-Karp 2013, 2356). Certains des participants à la présente étude ont indiqué que le recours à de nouvelles tactiques en lien avec la participation citoyenne avait contribué à améliorer la qualité des soins et à recentrer la réflexion sur les questions liées aux patients au lieu de celles liées aux fournisseurs de soins.

En règle générale, la plupart des participants étaient conscients de la complexité du système et ont rappelé qu'étant donné que les systèmes des services à la personne changent continuellement les exigences, la réforme du système de santé serait un processus continu.

Parallèlement, de nombreux participants ont exprimé le sentiment que l'Ontario n'en était qu'aux débuts de sa régionalisation, et que son apprentissage était encore en cours.



Conclusion

Malgré plus d'une décennie de réforme, le Nord de l'Ontario a toujours des résultats comparativement moins bons que le reste de la province dans le domaine de la santé, une situation compliquée par d'autres problèmes systémiques, notamment sur le plan socioéconomique. Les discours récents en matière de politique publique impliquent que cette situation est essentiellement due à des problèmes de gouvernance, et prônent plus de contrôle à l'échelon local et régional. Pourtant, les réseaux locaux d'intégration des services de santé constituent bien un exemple relativement récent d'innovation en gouvernance qui cherche justement à aller dans ce sens.

Nous avons glané de nombreux éléments d'information : en analysant les réponses de participants évoluant dans les hôpitaux et les RLSS d'un point de vue pluridisciplinaire et en tenant compte des défis et possibilités propres à la gouvernance nordique, en étudiant la mise en œuvre de la régionalisation du système de santé, et en nous penchant sur les réponses innovantes apportées aux « problèmes vicieux ». En général, les participants considéraient les RLSS comme un travail en cours, et ont fait état d'améliorations dans les domaines leur ayant été confiés, comme l'accès, la coordination et l'administration au niveau local. Pourtant, ils ont également relevé des problèmes de gouvernance persistants et graves dans des domaines interdépendants : la conception du système, le leadership dans le Nord, et la complexité du système de santé dans son ensemble.

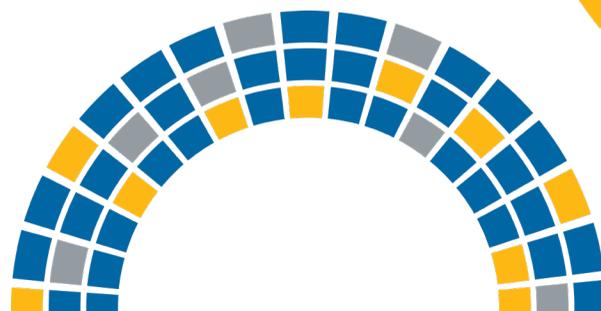
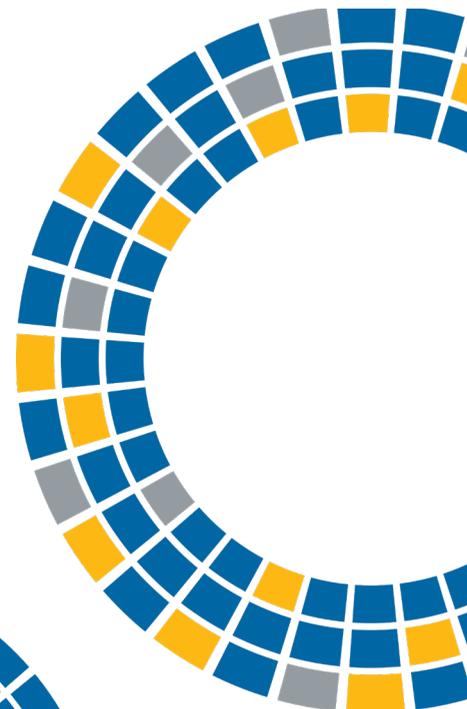
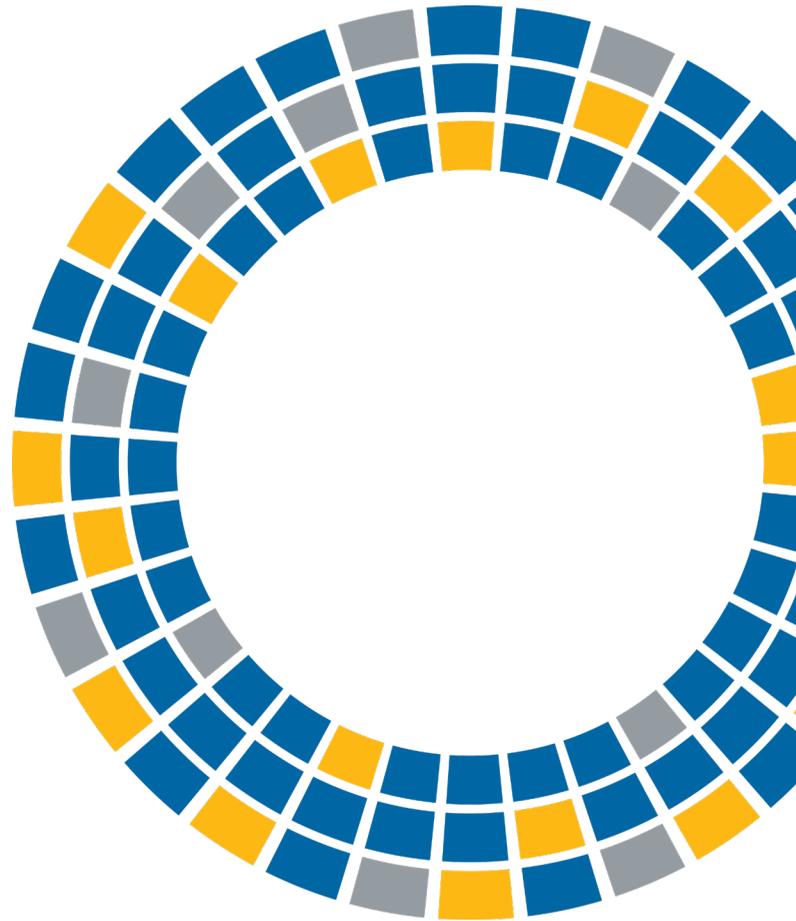
On espère que la présente étude permettra de recentrer et de relancer une conversation stratégique dans le secteur des soins de santé du Nord de l'Ontario, selon une perspective de gouvernance nordique. En se fondant sur l'intensification du régionalisme dans les Nord provinciaux, il conviendrait de concevoir dans notre région des solutions de gouvernance et de politique publique « dans le Nord, par le Nord et pour le Nord » (Summerville et Poelzer 2005). Comment les idées innovantes sur la gouvernance en santé peuvent-elles orienter la transformation du système de façon à mieux répondre aux besoins de santé pressants de cette vaste région?

Demandez-le à ses habitants et habitantes. En raison des limites de cette brève étude descriptive, on ne peut pas recommander de solution de gouvernance en particulier. Néanmoins, dans l'ensemble, les participants avaient le sentiment qu'il fallait plus de contrôle et de pouvoir décisionnel à l'échelon local pour mieux gérer la complexité et les enjeux propres au Nord. À cette fin, le Tableau 3 propose des pistes de réflexion clé pour un éventuel cadre de discussion. Un travail considérable a déjà été réalisé et de nombreuses idées publiées, et les participants estimaient généralement qu'il était nécessaire de discuter des méthodes à suivre pour progresser, et pas de réaliser d'autres études gouvernementales.

Enfin, les constats de la présente étude recèlent quelques enseignements d'un point de vue plus large sur la gouvernance nordique. Le modèle des RLSS, générique, excessivement politique et toujours trop centralisé, remet en question l'idée d'un « nouveau régionalisme » dans les Nord provinciaux. Même s'il faut garder à l'esprit que les échantillons de cette étude sont de taille réduite, de nombreux thèmes qui y sont soulignés pourraient être pris en compte lors de l'exploration d'autres innovations indispensables en ce qui concerne l'innovation en gouvernance dans le Nord de l'Ontario, comme la mise en œuvre de sous-régions sur la base de données factuelles, l'intégration de perspectives stratégiques au moyen d'une vision axée sur la personne, d'une réduction du chaos juridictionnel grâce à de nouveaux partenariats, et l'insistance sur le besoin de recruter des dirigeants forts pour gérer la complexité et bâtir des relations.

Tableau 3. Résumé des thèmes, observations et recommandations clés à utiliser pour améliorer la prise de décision locale au niveau du système de santé du Nord de l'Ontario

1. On a urgemment besoin d'une meilleure intégration et de plus de mécanismes régionaux et locaux pour contrôler le système de santé dans le Nord de l'Ontario.
2. Le Nord de l'Ontario fait face à des défis en ce qui concerne le recrutement, le perfectionnement et la rétention d'administrateurs qualifiés pour les conseils des FSS, mais aussi de leaders aguerris capables de gérer une complexité grandissante et de bâtir des relations intersectorielles.
3. La complexité accrue du système de santé exige des solutions ancrées dans la prise de décision locale et des solutions de gouvernance innovantes, comme celles qui reflètent mieux les populations des sous-régions.
4. La réforme du système de santé est trop fragmentée et graduelle, partiellement en raison de points de vue différents et d'une certaine incohérence quant à la véritable vision centrale de la prestation de soins de santé.
5. Déterminez si un modèle de gouvernance unique convient à toute la grande province. Les habitants du Nord peuvent et doivent développer des solutions pour les Nordistes.
6. Le gouvernement de l'Ontario devrait organiser une vaste discussion publique sur les politiques, avec une représentation inclusive des administrations locales et du gouvernement provincial et fédéral, des peuples autochtones, des acteurs de la santé et des parties prenantes nord-ontariennes, pour évoquer l'état de la gouvernance en santé dans le Nord de l'Ontario ainsi que les moyens à mettre en place pour s'attaquer aux défis urgents de façon plus audacieuse, intégrée et globale.



Appendix

Citations représentatives des participants :

À la question de savoir si les décisions des RLISS reflètent une prise de décision locale :

« On peut répondre par oui ou par non [...]. Oui, parfois, c'est certainement le cas. Mais il arrive aussi qu'une décision prise à l'échelle du RLISS ne réponde pas aux besoins de la population [du district]. J'ai la certitude que depuis que les RLISS existent, certaines décisions sont plus avisées qu'avant, avec l'ancien modèle du ministère de la Santé. [...] Cela dit, certaines des décisions qui restent prises à Toronto sont vraiment génériques et [...] sont logiques dans le contexte de la RGT/905 mais elles ne le sont pas vraiment dans le Nord-Est de l'Ontario et encore moins dans le Nord-Ouest de l'Ontario. »

À la question de savoir si les RLISS s'acquittent de leur mandat initial :

- « En bref, je dirais oui, mais c'est un oui à nuancer [...]. La situation s'est améliorée en dix ans [...]; il reste toujours des choses à améliorer. [...] Les soins primaires font partie des domaines qui doivent urgemment bénéficier d'un meilleur accès, mais historiquement, les RLISS n'assument pas la responsabilité des soins primaires. »
- « Je pense sincèrement que les RLISS étaient voués à n'avoir qu'un succès relatif, [ils] étaient pleins d'espoir, mais le ministère les a vite neutralisés. »
- « Nous ignorons si nous parviendrons un jour à transformer [le système de santé]. C'est une mission qui ne finira jamais. »

Point de vue des gens :

- « Tout se ramène à la confiance et aux relations, et pas à l'environnement juridique. »
- À propos de la politique de clocher : « J'ai regardé dans le miroir et j'y ai vu l'ennemi. »
- Les dirigeants doivent « penser au-delà des murs de leur hôpital. »
- À propos de la multiplication des règles gouvernementales : « Simplifier la gouvernance à outrance et augmenter le risque de voir partir des dirigeants qualifiés. »

Point de vue structurel :

- Le ministère devrait financer un organisme à la taille du district « responsable de la prestation et de la coordination de ce service dans la région, et chargé d'en mesurer les résultats. »
- À propos de la nécessité d'intégrer les soins primaires : « Faute de cela, vous n'aurez jamais un système vraiment local. »

Références

- Alcantara, C., and J. Nelles. 2014. "Indigenous Peoples and the State in Settler Societies: Toward a More Robust Definition of Multilevel Governance." *Publius* 44, no. 1: 183–204. doi:10.1093/publius/pjt013
- Barker, P. 2007. "Local Health Integration Networks: The Arrival of Regional Health Authorities in Ontario." Presentation to the Annual Meeting of the Canadian Political Science Association, Saskatoon, May. Available online at <https://www.cpsa-acsp.ca/papers-2007/Barker.pdf>
- Bevir, M. 2012. *Governance: A Very Short Introduction*. Oxford: Oxford University Press.
- Bhasin, K., and A.P. Williams. 2007. *Understanding LHINs: A Review of the Health System Integration Act and the Integrated Health Services*. Toronto: Canadian Research Network for Care in the Community. Available online at <https://www.ryerson.ca/content/dam/crncc/knowledge/relatedreports/integratedcare/UnderstandingLHINs-FinalJuly5th.pdf>
- Blackwell, T. 2017. "Cloud darkens over Thunder Bay as mayor charged with extortion amid probes into police racism." *National Post*, July 21, 2017.
- Brock, G. 1978. *The Province of Northern Ontario*. Cobalt, ON: Highway Book Shop.
- Canada. 2017. Health Canada. "Joint Signing of the Charter of Relationship Principles Governing Health System Transformation in Nishnawbe Aski Nation (NAN) Territory." Media Advisory. Ottawa, July 23. Available online at https://www.canada.ca/en/health-canada/news/2017/07/joint_signing_ofthecharterofrelationshipprinciplesgoverninghealth.html
- Chessie, K. 2009. "Health System Regionalization in Canada's Provincial and Territorial Health Systems: Do Citizen Governance Boards Represent, Engage, and Empower?" *International Journal of Health Services* 39, no. 4: 705–24. doi:10.2190/HS.39.4.g
- Coates, K., C. Holroyd, and J. Leader. 2014. "Managing the Forgotten North: Governance Structures and Administrative Operations in Canada's Provincial Norths." *Northern Review* 38: 6–54.
- Coates, K., and W.R. Morrison. 1992. *The Forgotten North: A History of Canada's Provincial Norths*. Toronto: James Lorimer.
- Coates, K., and G. Poelzer. 2014a. "The Next Northern Challenge: The Reality of the Provincial North." MLI Commentary. Ottawa: Macdonald-Laurier Institute. April. Available online at <https://www.macdonaldlaurier.ca/files/pdf/MLITheProvincialNorth04-14-Final.pdf>
- . 2014b. *The Role of the Public Sector in Northern Governance*. Ottawa: Conference Board of Canada. Available online at <https://www.schoolofpublicpolicy.sk.ca/documents/research/archived-publications/icngd-publications/icngd-reports/rolepublicsectornortherngov.pdf>
- Conteh, C. 2013. "Administering Regional Development Policy in Socio-economically Disadvantaged Regions." In *Governance in Northern Ontario: Economic Development and Policy Making*, ed. C. Conteh and R. Segsworth, 43–57. Toronto: University of Toronto Press.
- . 2017. "Economic Zones of Northern Ontario: City-Regions and Industrial Corridors." Research Report 18. Thunder Bay, ON: Northern Policy Institute. April. Available online at http://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/reports-new/conteh_economic-zones-en.pdf
- Conteh, C., and R. Segsworth. 2013. "Introduction." In *Governance in Northern Ontario: Economic Development and Policy Making*, ed. C. Conteh and R. Segsworth, 3–15. Toronto: University of Toronto Press.
- Drummond, D., D. Giroux, S. Pigott, and C. Stephenson. 2012. *Public Services for Ontarians: A Path to Sustainability and Excellence*. Report of the Commission on the Reform of Ontario's Public Services. Toronto: Queen's Printer for Ontario. Available online at <https://www.fin.gov.on.ca/en/reformcommission/>

- Forest, P., and H.A. Palley. 2008. "Examining Fiscal Federalism, Regionalization and Community-based Initiatives in Canada's Health Care Delivery System." *Social Work in Public Health* 23, no. 4: 69–88. doi:10.1080/19371910802162280
- Fraser, S., and T. Greenhalgh. 2001. "Coping with Complexity, Educating for Capability." *BMJ* 323, no. 7316: 799–803.
- Friesen, J. 2017. "First Nations plead for RCMP to address Thunder Bay 'policing crisis'." *Globe and Mail*, June 1, 2017.
- Gardner, B. 2006. *Local Health Integration Networks: Potential, Challenges and Policy Directions*. Policy Challenges in Urban Health. [n.p.]: Wellesley Central Health Corporation. January. Available online at http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/LHINs_PCh_Paper2.pdf
- Glouberman, S., and B. Zimmerman. 2002. "Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?" Discussion Paper 8. Ottawa: Commission on the Future of Health Care in Canada. Available online at <http://publications.gc.ca/site/eng/235920/publication.html>
- Gollagher, M., and J. Hartz-Karp. 2013. "The Role of Deliberative Collaborative Governance in Achieving Sustainable Cities." *Sustainability* 5: 2343–66.
- Health Quality Ontario. 2017. *Health in the North: A Report on Geography and the Health of People in Ontario's Two Northern regions*. Toronto: Queen's Printer for Ontario. Available online at <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/system-performance/infographic-health-in-the-north-en.pdf>
- Hoskins, E. 2015. Remarks at Health Achieve, November 4. Available online at <http://www.videodelivery.gov.on.ca/player/download.php?file=http://www.media.gov.on.ca/fce819f6e34c7dad/en/transcripts/page.html>
- Lewis, S., and D. Kouri. 2004. "Regionalization: Making Sense of the Canadian Experience." *Healthcarepapers* 5, no. 1: 12–31.
- Mackinnon, D. 2015. "A New Northern Lens: Looking Out Is as Important as Looking In." Report 3. Thunder Bay, ON: Northern Policy Institute. Available online at http://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/reports-new/mackinnon_northern-lens-en.pdf
- . 2016. "Governance in Northern Ontario: Taking Ownership of the Future." Commentary 15. Thunder Bay, ON: Northern Policy Institute. Available online at https://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/commentaries-new/mackinnon1_governance-in-northern-ontari.pdf
- McGrath, J. 2018. "Why the North Needs Regional Governance – and Soon." *TVO.org*, January 16. Available online at <https://tvo.org/article/current-affairs/the-next-ontario/-why-the-north-needs-regional-governance--and- soon>
- Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee. 2015. "Rural Health Hubs Framework for Ontario." Ontario Hospital Association. <https://www.oha.com/Documents/Rural%20Health%20Hub%20Framework%20Ontario.pdf>
- . 2017. "Rural Health Hubs." Available online at <https://www.oha.com/health-system-transformation/rural-health-hubs>
- Neutens, J.J., and L. Rubinson. 2001. *Research Techniques for the Health Sciences*. San Francisco: Pearson Education.
- North East LHIN. 2016. "Integrated Health Service Plan 2016–2019: A Plan for the Health and Well-being of Northerners Living in Northeastern Ontario Communities." [n.p.]: North East Local Health Integration Network. February. Available online at <http://www.nelhin.on.ca/Page.aspx?id=2BE78487132A470DBE111BF5AEBA35A3>
- North West LHIN. 2016. "IHSP IV Integrated Health Service Plan 2016–2019: Leading Health System Change – Your Plan, Your Health." [n.p.]: North West Local Health Integration Network. Available online at <http://www.northwestlhin.on.ca/~media/sites/nw/publications/IHSP/2016%2003%2014%20IHSP%20IV.pdf?la=en>
- Ontario. 2015a. Ministry of Health and Long-Term Care. "Patients First: Action Plan for Health Care." Toronto: Queen's Printer for Ontario. Available online at http://www.health.gov.on.ca/en/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_patientsfirst.pdf
- . 2015b. Ministry of Health and Long-Term Care. "Hospitals." Available online at <http://health.gov.on.ca/en/common/system/services/hosp/hospcode.aspx>

- . 2015c. Office of the Auditor General of Ontario. Annual Report 2015. Toronto: Queen's Printer for Ontario. Available online at <http://auditor.on.ca/en/content/annualreports/arreports/en15/3.08en15.pdf>
- . 2016. Ministry of Health and Long-Term Care. "The Patients First Act." Backgrounder, December 7. Available online at <https://news.ontario.ca/mohltc/en/2016/12/the-patients-first-act.html>
- Plsek, P.E., and T. Greenhalgh. 2001. "The Challenge of Complexity in Health Care." *BMJ* 323, no. 7313: 625–8.
- Plsek, P.E., and T. Wilson. 2001. "Complexity, Leadership, and Management in Healthcare Organisations." *BMJ* 323, no. 7: 46–9.
- Price, D., E. Baker, B. Golden, and R. Hannam. 2013. "Patient Care Groups: A New Model of Population Based Primary Health Care for Ontario." Report on behalf of the Primary Health Care Expert Advisory Committee. May. Available online at https://www.oma.org/wp-content/uploads/primary_care_price_report.pdf
- Raisio, H. 2009. "Health Care Reform Planners and Wicked Problems: Is the Wickedness of Problems Taken Seriously or Is It Even Noticed at All?" *Journal of Health Organization and Management* 23, no. 5: 477–93. doi:10.1108/J14777260910983989
- Rittel, H.W., and M.M. Webber. 1973. "Dilemmas in a General Theory of Planning." *Policy Sciences* 4, no. 2: 155–69.
- Ronson, J. 2011. "LHINs at Five Years – What Now?" *Healthcare Quarterly*, 14, no. 3: 6–7.
- Sørensen, E., and S.B. Waldorff. 2014. "Collaborative Policy Innovation: Problems and Potential." *Innovation Journal* 19, no. 3: 1–17.
- Southcott, C. 2013. "Regional Economic Development and Socio-economic Change in Northern Ontario." In *Governance in Northern Ontario: Economic Development and Policy Making*, ed. C. Conteh and R. Segsworth, 16–42. Toronto: University of Toronto Press.
- South East LHIN. 2015. "Health Care Tomorrow: Understanding the Health Care System." [n.p.]: South East Local Health Integration Network. Available online at <http://healthcaretomorrow.ca/wp-content/uploads/2015/03/Understanding-the-Health-Care-System.pdf>
- Sturmberg, J.P., D.M. O'Halloran, and C.M. Martin. 2012. "Understanding Health System Reform: A Complex Adaptive Systems Perspective." *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 18, no. 1: 202–8. doi:10.1111/j.1365-2753.2011.01792.x
- Summerville, T., and G. Poelzer. 2005. "The Tailings of Canadian Politics: The North-South Political Divide." *Northern Review* 25/26: 106–22.
- Tabachnick, D. 2017. "Opinion: Even with two new provincial seats, Northern Ontario's political influence will continue to wane." *TVO*, August 23. Available online at <https://tvo.org/article/current-affairs/the-next-ontario/the-north-wants-in-why-new-ridings-in-ontarios-most-remote-region-wont-curb-northern-alienation>
- Tan, J., H.J. Wen, and N. Awad. 2005. "Health Care and Services Delivery Systems as Complex Adaptive Systems." *Communications of the ACM* 48, no. 5: 36–44. doi:10.1145/1060710.1060737
- Termeer, C.J.A., A. Dewulf, G. Breeman, and S.J. Stiller. 2015. "Governance Capabilities for Dealing Wisely with Wicked Problems." *Administration & Society* 47, no. 6: 680–710. doi:10.1177/0095399712469195
- Touati, N., D. Roberge, J. Denis, R. Pineault, and L. Cazale. 2007. "Governance, Health Policy Implementation and the Added Value of Regionalization." *Healthcare Policy* 2, no. 3: 97–114.
- Wilson, T., T. Holt, and T. Greenhalgh. 2001. "Complexity Science: Complexity and Clinical Care." *BMJ* 323, no. 7314: 685–8.
- Winter, J., and T. Talaga. 2017. "Suicide crisis meeting to address reducing bureaucracy faced by indigenous leaders, federal health minister says." *Toronto Star*, July 17.

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

Développement économique du nord de l'Ontario: villes-régions et corridors industriels

Charles Conteh

L'importance de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé dans les milieux ruraux et du Nord

Emily Donato

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

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

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

1 (807) 343-8956 info@northernpolicy.ca www.northernpolicy.ca/fr



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca/fr