

Accès à des services médicaux et de santé de qualité : Exemples provenant du Nord ontarien

*John C. Hogenbirk
Alain P. Gauthier, Jennifer D. Walker*

Préambule

Les zones rurales de l'Ontario, comme bien d'autres au Canada et dans le monde, ont ordinairement du mal à accéder aux services de soins de santé et une population en moins bon état de santé, tout en ayant un plus grand esprit communautaire et la tendance à se débrouiller avec les ressources disponibles. Cette tension dynamique conduit souvent à des innovations dans les programmes de soins de santé – innovations qui ont un effet positif dans les zones rurales et peuvent bénéficier à des zones urbaines. Pendant que l'Ontario transforme son système de soins de santé, ce stade favorise l'élaboration et la réalisation de programmes innovateurs pour la prestation de ces soins dans l'Ontario rural.

Les défis de l'innovation et le besoin de celle-ci sont particulièrement intenses dans les zones rurales du Nord ontarien et l'ensemble du Nord de l'Ontario. Dans le Nord ontarien, 780 000 personnes sont dispersées sur un territoire de 803 000 km² (Statistique Canada 2019). Approximativement 56 % de la population est groupée dans cinq grandes zones urbaines comptant entre 42 000 et 162 000 personnes (Timmins, North Bay, Sault Ste. Marie, Thunder Bay et Sudbury). Par rapport à tout l'Ontario, le Nord ontarien a également un pourcentage plus élevé de deux minorités culturelles et linguistiques : les Autochtones et les francophones (Statistique Canada 2017a,b; Ministère des Affaires francophones 2019). Par rapport au reste de la province, le Nord ontarien est moins densément peuplé et développé; l'accès aux services de soins de santé y est médiocre et, souvent, l'état de santé est moins bon.

Le présent document prévisionnel du Rural Ontario Institute (Rural Ontario Institute Foresight Paper) décrit quelques programmes qui ont eu des effets positifs dans des zones rurales du Nord ontarien et peuvent avoir eu ou potentiellement avoir des répercussions positives dans des régions urbaines ou du Sud.

Réalité et idées fausses entourant les services ruraux de soins de santé

Les habitants des zones rurales, comparativement à ceux des zones urbaines, sont ordinairement en moins bonne santé, ont des comportements plus malsains, des niveaux de scolarité inférieurs et plus de mal à accéder aux soins de santé (MacMillian et coll. 2003; Bouchard et coll. 2012; Pong et

coll. 2011; Timony et coll. 2013; Statistique Canada 2013a,b; Wenghofer et coll. 2014; Glazier et coll. 2018) – telle est la réalité. C’est également vrai de régions moins développées telle celle du Nord ontarien par rapport au Sud ontarien, de même que pour les Autochtones et les francophones, par rapport à la population en général de la province. Toutefois, il est erroné de supposer que toutes les régions rurales ou moins développées possèdent ces caractéristiques ou que chaque personne vivant dans ces régions ou s’identifiant comme autochtone ou francophone a une plus mauvaise santé, des habitudes de vie plus malsaines, etc.



Cartes à mots des enjeux de la santé dans le Nord ontarien

(Gracieuseté du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord – Université Laurentienne)

Il y a une autre idée fautive, selon laquelle les professionnels des soins de santé qui choisissent d’exercer leur profession dans ces zones sont en quelque sorte moins aptes que leurs homologues urbains (p. ex. Fors 2018). En fait, souvent la pratique en milieu rural diffère de la pratique milieu urbain, et la pratique dans les régions moins développées diffère de celle dans les régions plus développées – cela pose des problèmes et comporte des possibilités. Par exemple, par rapport à leurs homologues urbains, les médecins ruraux offrent ordinairement davantage de services ou d’actes médicaux (Hogenbirk et coll. 2004; Wenghofer et coll. 2018). Beaucoup de programmes de formation professionnelle offrent des stages dans des zones rurales ou moins développées parce que les enseignants et les responsables des politiques reconnaissent les avantages d’une expérience éducative variée pour les apprenants des programmes, puis parce que les enseignants et responsables des politiques reconnaissent aussi la nécessité d’une formation plus diversifiée pour ceux qui pratiquent dans ces régions (Strasser et coll. 2016; Strasser et Cheu 2018).

Le fait est aussi que de nombreuses zones rurales ou régions moins développées sont des modèles de résilience et innovatrices quant à la prestation des soins de santé. En outre, ces zones sont des

précurseurs du vieillissement provincial et, sauf dans certaines collectivités, ont ordinairement des populations plus âgées que celles d'autres parties de l'Ontario (McDonald 2012; Ministère des Finances 2018). Le caractère unique du vaste territoire du Nord ontarien et des secteurs peu peuplés complique la prestation des services de santé ruraux destinés aux personnes plus âgées, lesquelles ont l'habitude d'avoir plus de mal à accéder aux services et dont l'état de santé est moins bon que dans le Sud ontarien (p. ex. Glazier et coll. 2018). Ainsi, les collectivités rurales et éloignées des régions moins développées du Nord ontarien peuvent constituer des zones d'essais plus exigeantes pour les programmes de soins de santé – certains de ces programmes sont décrits dans les sections suivantes.

Exemples de programmes

École de médecine du Nord de l'Ontario

L'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO) est une des rares écoles de médecine mondiales, qui possède un mandat explicite de responsabilité sociale, à savoir, améliorer la santé et le bien-être des gens de la région qu'elle couvre (Strasser et coll. (2009; 2018). Depuis 2005, année de la première cohorte des étudiants inscrits à l'EMNO, des chercheurs du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord (CRSMRN) – Université Laurentienne, avec les conseils et le soutien du personnel principal de l'EMNO, ont procédé à des études devant évaluer en quoi l'EMNO a aidé à améliorer l'accès au personnel médical et aux fournisseurs de soins de santé dans le Nord ontarien.

En conformité avec son mandat de responsabilité sociale, l'EMNO a imaginé l'Apprentissage décentralisé en milieu communautaire (ADMC) (Distributed Community Engaged Learning [DCEL]) et en a fait son modèle distinct de formation médicale et de recherche en santé (Strasser et coll. 2009). L'engagement communautaire comprend la participation communautaire active et se matérialise par des partenariats interdépendants entre l'École et les collectivités, dans l'intérêt mutuel (Strasser et coll. 2015). L'engagement communautaire a guidé l'élaboration de l'approche du cycle de vie complet de l'EMNO, depuis l'école secondaire jusqu'aux études médicales continues. Le processus des inscriptions de l'EMNO s'efforce de refléter dans chaque classe la répartition de la population du Nord ontarien, en favorisant spécifiquement les candidats du Nord de l'Ontario ou de contextes similaires. Les membres de la collectivité jouent un rôle essentiel dans la sélection des étudiants du programme de quatre ans en médecine; dans la formation de ceux-ci, en leur servant de patients typiques; par du soutien local pendant les stages communautaires (Strasser et coll. 2013).



Sites de l'École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), aux universités Laurentienne et de Lakehead
(Courtoisie de l'École de médecine du Nord de l'Ontario)

Dans des études qui ont examiné les données des inscriptions de l'EMNO de 2006 à 2015, il a été trouvé que 37 % de tous les étudiants de l'EMNO provenaient de collectivités rurales et de petits villages de $\leq 40\,000$ personnes. Ce pourcentage était près de 42 %, ce qui est celui des personnes dans les zones rurales ou les petits villages, d'après le recensement de 2011. La région prévue pour les services de l'EMNO comprend le territoire délimité par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), ainsi qu'une partie du RLISS de Simcoe Nord Muskoka, ce qui est se trouve au nord de la rivière Severn. Avoir une population étudiante qui représente la population prévue pour les services est un objectif important du mandat de responsabilité sociale de l'EMNO. Approximativement 92 % des étudiants provenaient de la région devant bénéficier des services; les autres, 8 %, venaient d'autres secteurs nordiques au Canada. Quelque 22 % d'entre eux étaient d'origine francophone, ce qui dépassait l'objectif de 16 %. Environ 7 % étaient d'origine autochtone, ce qui était inférieur à l'objectif de 12%. Toutefois, en 2016, l'EMNO a modifié son processus de sélection, ce qui reposait en partie sur la recherche du CRSMRN, et le pourcentage des étudiants d'origine autochtone a alors été haussé à 12 % au cours de deux années suivantes (Mian et coll. 2019). Le tout montre que l'EMNO a réussi à sélectionner une population étudiante qui représentait la région que devaient couvrir les services.



Étudiants en médecine de l'École de médecine du Nord de l'Ontario
(Courtoisie de l'École de médecine du Nord de l'Ontario)

Le programme d'études de l'EMNO comprend stages de quatre semaines dans des collectivités rurales et celles de Premières Nations, et ce, au cours des deux premières années; pour la troisième, un stage longitudinal et intégré de huit mois est prévu dans des villes de taille moyenne (populations de 5 000 à 78 000 personnes) (Strasser et coll. 2009). Ce programme d'études, joint à une population étudiante provenant de la région, peut aider à améliorer l'accès aux soins médicaux, par la production d'un personnel médical qualifié et diversifié, possédant des compétences culturelles/linguistiques qui permettent de comprendre plus à fond les gens des campagnes et du Nord ontarien ainsi que leurs besoins médicaux.

Dans le cadre de l'étude de suivi, le CRSMRN a accumulé des données sur plus de 500 étudiants du premier cycle de l'EMNO et qui sont arrivés à cette école entre 2005 et 2013, puis ont obtenu leur diplôme quatre années plus tard. Depuis avril 2018, les données du sondage portant sur 80 % de ces étudiants ont montré que 62 % d'entre eux ont été admis aux programmes de formation en médecine familiale par des stages. Presque tous les autres, 29 %, convenaient pour des spécialités de généralistes (spécialités du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada [CRMCC]) qui sont en grande demande dans le Nord ontarien.

Les études par lesquelles ont été examinées les deux ou trois premières cohortes des diplômés en médecine familiale (Collège des médecins de famille du Canada [CMFC]), spécialité en médecine familiale [MF]) ont trouvé que beaucoup de ces médecins de famille pratiquaient dans le Nord ontarien ou l'Ontario rural (Hogenbirk et coll. 2016; Wenghofer et coll. 2017). Depuis avril 2018, 14 % des 313 médecins de famille ont opté pour pratiquer la médecine principalement dans des collectivités du Nord ontarien de $\leq 10\,000$ habitants, 48 % dans de plus grandes collectivités du Nord ontarien, 8 % dans des collectivités du Sud ontarien de $\leq 10\,000$ personnes. En 2018, 26 % des spécialistes du Collège royal pratiquaient la médecine surtout dans le Nord ontarien. Globalement, l'EMNO a réussi à produire des diplômés en médecine et qui deviennent ensuite des médecins de famille et des spécialistes généralistes qui peuvent potentiellement offrir un large éventail de

services de soins médicaux et chirurgicaux aux gens du Nord ontarien et dans d'autres zones manquant de services dans la province.

En 2014, des chercheurs du CRSMRN ont réalisé 10 entrevues avec des personnes bien informées de huit collectivités du Nord ontarien (Mian et coll. 2017). Les huit collectivités avaient gravement manqué de services; toutes formaient des apprenants de l'EMNO, et toutes avaient récemment recruté des diplômés de l'EMNO. En gros, les personnes interviewées ont rapporté que les 29 postes à temps plein, vacants depuis longtemps, avaient été réduits à un. Les personnes interviewées ont aussi signalé des coûts inférieurs de voyages pour des salons professionnels consacrés au recrutement dans le Sud ontarien ou pour des mesures incitatives destinées aux médecins. Certaines collectivités avaient encore des problèmes de recrutement de médecins, mais tous voyaient l'EMNO comme principale source de nouveaux médecins. En outre, la plupart des collectivités auraient rapporté qu'elles dépendaient moins de contrats à court terme (dépanneurs) pour répondre aux besoins de soins médicaux des gens de la collectivité.

Dans une étude du CRSMRN, il y a eu examen des effets sociaux et économiques de l'EMNO en 2008, lorsqu'elle en était à sa troisième année d'activité (Hogenbirk et coll. 2015b). L'étude des répercussions économiques a été répétée lorsque l'EMNO a commencé sa 14^e année d'exploitation avec une gamme étendue et solidement établie de programmes de formation et de résidence médicales, ainsi que de nombreux autres programmes de formation professionnelle dans le domaine de la santé (c.-à-d. diététique, audiologie, ergothérapie, orthophonie, médecin-assistant, physique médicale, pharmacie et programmes de formation interprofessionnelle) (<https://www.nosm.ca/education/>). En ce qui concerne l'exercice de 2017-2018, quelque 70 millions (M) de dollars ont été dépensés dans la région par le personnel, les apprenants et les enseignants de l'EMNO. Les dépenses et le renouvellement de ces sommes se situaient entre 125 M\$ et 137 M\$ d'activité économique annuellement. En tout, selon les estimations, les dépenses soutenaient entre 780 et 860 postes équivalents temps plein. Le programme médical de l'Apprentissage décentralisé en milieu communautaire, de l'EMNO, est également un programme décentralisé de répercussions économiques (Hogenbirk et coll., en préparation).

Résumons. Les études en cours montrent que l'EMNO produit des médecins de famille et des spécialistes généralistes, dont 56 % ont opté pour une pratique médicale dans la région prévue pour les services. L'EMNO a aussi obtenu un effet positif sur le recrutement de MF dans certains des petits villages, même si davantage de travail reste à faire pour recruter des médecins dans ces collectivités. De plus, l'EMNO a eu un effet positif considérable sur l'activité économique et l'emploi. Ces répercussions, dans une large mesure positives, sont des conséquences directes du programme médical de l'Apprentissage décentralisé en milieu communautaire, qui a attiré l'attention et s'est mérité des distinctions dans le monde. L'EMNO est une solution innovatrice au problème de la mauvaise répartition des médecins, laquelle est fréquente dans les secteurs ontariens manquant de services et, par conséquent, certains ou beaucoup des programmes et approches de l'EMNO pourraient être adaptés et mis en œuvre afin d'améliorer le recrutement et la conservation de médecins dans le Sud rural de l'Ontario.

Réseau de télémédecine de l'Ontario

Le réseau de télémédecine de l'Ontario (RON) est un organisme sans but lucratif, financé par le gouvernement de l'Ontario; il a pour mission de faciliter les services de soins virtuels dans la province (<https://otn.ca/fr/>, Brown 2013). Le RON est le plus gros fournisseur de services de télémédecine au Canada (COACH 2015) et l'un des plus gros du monde (Holmes et Hart 2009). Les installations qui ont des unités du RON permettent aux gens qui vivent dans des secteurs manquant de services, tels le Nord ontarien et les zones rurales, d'accéder à tous les niveaux de services de soins médicaux. Souvent, les unités du RON se trouvent dans des centres de soins de santé, y compris des hôpitaux, des postes de soins infirmiers, des cliniques médicales et de soins de santé, des unités de santé publique, des centres de traitement ainsi que le domicile du patient (<https://otn.ca/fr/>). Ces unités sont reliées au système des communications du réseau privé virtuel (RPV) sécurisé du RON.

Une étude de 2014 a permis de trouver qu'il y avait 2 331 unités du RON; de ce nombre 552 (24 %) se trouvaient dans le Nord ontarien (O'Gorman et Hogenbirk 2016). La majorité des collectivités de 50 habitants ou plus dans le Nord ontarien (690/802 = 86 %) avaient des unités du RON ou étaient à une heure de route d'une unité. Toutefois, la présence d'une unité ne garantit pas l'accès. Par exemple, les unités de nombreuses installations ne servent qu'aux patients de cette installation (p. ex. les installations de soins de longue durée) et ne sont pas facilement accessibles aux autres patients ou au grand public. En outre, certains cliniciens sont des utilisateurs enthousiastes de services facilités par le RON, mais d'autres sont moins enthousiastes, et cela risque d'avoir des répercussions sur l'utilisation et l'accès locaux. Toutefois, l'étude n'a pas montré que la répartition des unités du RON puisse potentiellement élargir l'accès aux services médicaux et leur utilisation, puis réduire les voyages motivés par des raisons médicales.

Dans une étude parallèle, les auteurs se sont servis de données de facturation des services médicaux (celles du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario [RAMO]), afin de comparer l'utilisation de la télémédecine clinique dans quatre régions de l'Ontario : le Nord ontarien urbain; le Nord ontarien rural; le Sud ontarien urbain; le Sud ontarien rural (O'Gorman et coll. 2016). Cette deuxième étude a fait rapport sur 652 337 visites de patients du RON-RAMO en Ontario pendant les exercices de 2008-2009 à 2013-2014. Le Nord ontarien avait des taux annuels d'utilisation supérieurs, par 1 000 personnes (rural 52,0, urbain 32,1), par rapport au Sud ontarien (rural 6,1, urbain 3,1). L'utilisation par habitant était la plus élevée et se trouvait dans des domaines de soins plus thérapeutiques du Nord ontarien rural. Le Nord ontarien urbain avait une utilisation supérieure par habitant que le Sud ontarien urbain ou rural. Du travail de troisième cycle exécuté récemment (Lowey 2019) a décelé les mêmes tendances géographiques dans l'utilisation par habitant, mais avec des éléments additionnels dans les différences d'âge et de sexe.

La majorité des séances de télémédecine clinique sont pour la santé mentale et les toxicomanies; une étude subséquente a adopté une approche plus détaillée pour cette catégorie, se concentrant alors sur l'utilisation de la télémédecine dans le traitement de la dépendance aux opioïdes (Eibl et coll. 2017). Le mauvais usage des opioïdes s'est transformé en crise de santé publique en Amérique

du Nord, et la norme pour les soins est la thérapie par agonistes opioïdes (TAO). Le maintien du traitement est le facteur important de la réussite, et les données de 3 733 patients ont permis de trouver que ceux qui étaient surtout traités par la télémédecine avaient 1,3 plus de chance de poursuivre la thérapie que les patients surtout traités sur place (50 % par opposition à 39 %). La conclusion est que la télémédecine est une méthode efficace d'offrir la TAO, laquelle peut potentiellement améliorer l'accès aux régions rurales et à d'autres manquant de services.

Même si nous ne savons pas si l'accès global aux soins est en hausse dans les campagnes et le Nord ontarien, ensemble, ces constatations suggèrent que les séances cliniques facilitées par le RON sont dominantes dans les zones manquant ordinairement de services, puis que l'accès aux services de soins médicaux est ainsi meilleur, en particulier dans les régions peu peuplées de la province.

Programmes autochtones

Le Nord ontarien est le territoire ancestral des peuples cri et anishinaabe, et il est couvert par trois accords généraux entre les colons et les peuples des Premières Nations : Traité 3; Traité 9; Traité Robinson-Huron. Une partie de la nation métisse s'y trouve. Plus d'un tiers (34 %) des Autochtones de l'Ontario vivent dans le Nord ontarien, comparativement à seulement 6 % de la population globale de l'Ontario (Statistique Canada 2017a,b). Bien que 3 % de toute la population de l'Ontario se déclare elle-même autochtone, 25 % (~59 000) des gens du Nord-Ouest ontarien et 13 % (~70 000) dans le Nord-Est ontarien se déclarent autochtones.

Dans le Nord ontarien, il y a beaucoup d'histoires variées et de différences uniques dans les collectivités des Premières Nations. Il y a des histoires de pauvreté extrême et de marginalisation, mais aussi des histoires de résilience et des points forts. Le caractère central du territoire, l'obligation de quitter celui-ci et le racisme contextuel sont des déterminants importants de la santé des Autochtones dans le Nord ontarien (Richmond 2015). Ces déplacements sont un problème permanent pour les collectivités des Premières Nations; celles-ci sont régulièrement évacuées par suite d'incendies forestiers et d'inondations; de plus, il n'y a pas de soins de santé primaires ou tertiaires ni d'écoles secondaires dans ces collectivités. L'accès aux soins de santé est difficile pour les collectivités des Premières Nations, en particulier pour les quelque 30 collectivités du Nord ontarien qui s'atteignent par avion ou ont des liens terrestres limités, dont un chemin de fer ou des routes de glace. Les Premières Nations du Nord ontarien ont déclaré l'état d'urgence en raison de pénuries de logements, de la qualité de l'eau et de suicides de jeunes; trop souvent leurs enfants et femmes disparaissent et sont assassinés. Pourtant, l'engagement collectif, communautaire envers le bien-être et l'équité a produit de belles histoires de courage.



Tipi autochtone à l'Université Laurentienne
(Gracieuseté du Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord – Université Laurentienne)

Programme de recherche Anishinaabe Bimaadiziwin
Au travail dans Sioux Lookout et les Premières Nations des alentours, le programme de recherche Anishinaabe Bimaadiziwin lance des projets communautaires et cliniques pertinents ainsi que de la recherche régionale et interculturelle, puis y collabore.

Objectifs

- Aider les collectivités et les chercheurs à constituer des partenariats solides et équitables, relatifs à des intérêts de recherche ciblés et communs.
- Favoriser dans le milieu la curiosité, les interrogations et le partage.
- Encourager de la recherche pertinente, éthique, axée sur la collectivité et qui renforce la capacité.
- Communiquer avec les collectivités et organismes, partager avec eux les connaissances des recherches sur la santé.

Parmi les exemples remarquables de cette innovation et de ce courage se trouve la création d'unités sanitaires formées uniquement d'Autochtones à deux endroits : la Sioux Lookout First Nations Health Authority (<https://slfnha.com/>), dans le Nord-Ouest ontarien; la Weeneebayko Area Health Authority (<https://www.waha.ca/>), dans le Nord-Est ontarien. En plus d'offrir des services de soins de santé, un partenariat entre la Sioux Lookout First Nations

Health Authority et l'hôpital local, le Sioux Lookout Meno Ya Win Health Centre (<http://www.slmhc.on.ca/>), a permis de concevoir le programme de recherche Anishinaabe Bimaadiziwin (<https://slfnha.com/research/anishinaabe-bimaadiziwin-research-program>), afin de mettre sur pied une unité de recherche axée sur la collectivité et ayant pour mission d'améliorer l'état de santé et les services de santé dans la région.

La consultation d'un rapport contenant un sommaire de 10 années d'activités de recherche communautaire permet de relever beaucoup de projets qui ont influencé directement et positivement les collectivités et leurs membres, et ce, en matière de soins interculturels, de gestion de maladies contagieuses, de déterminants sociaux de la santé, de soins mère-enfant et de traitement des toxicomanies (Anishinaabe Bimaadiziwin 2017). Par exemple, dans une nouvelle étude a été examiné l'effet d'une thérapie par agonistes opioïdes (TAO), fondée sur la collectivité, et des programmes de suivi portant sur la collectivité elle-même (Kanate et coll. 2017). Un an après la mise en œuvre, il y eu dans l'ensemble de la collectivité une baisse de 61 % des accusations criminelles portées par la police, une réduction de 58 % des cas de protection de l'enfance, puis une hausse 33 % de la présence scolaire. L'effet des programmes de TAO et de suivi a aussi été évalué dans six collectivités des Premières Nations; des taux



Ontario
Indigenous
Cultural Safety
Program

(Programme de sécurité culturelle autochtone)

La SCA (sécurité culturelle autochtone) est un programme provincial et offert dans l'ensemble de la province; il est administré par le SOAHAC.

La discrimination raciale contre les Autochtones et les préjugés connexes ont des répercussions négatives profondes sur la santé et le bien-être des collectivités autochtones en Ontario. Le programme sur la SCA de l'Ontario se concentre sur le soutien de la transformation ontarienne en cours au sujet de la santé des Autochtones dans le contexte des systèmes ontariens globaux de services sociaux et de la santé. L'objectif est d'améliorer les expériences que vivent les Autochtones pendant les soins de santé ainsi que leur état de santé, par une compréhension et un respect supérieurs de l'histoire unique et des réalités existantes des populations autochtones. En plus de les promouvoir, nous facilitons la décolonisation transformatrice et l'éducation antiraciste spécifique des Autochtones, à l'aide de données probantes ainsi que d'approches et de stratégies coordonnées. Nous travaillons aussi dans des partenariats de collaboration et soutenons des projets de changement organisationnel, cherchant à mieux sensibiliser les gens aux façons par lesquelles le colonialisme est intégré dans les services, puis en motivant les personnes influentes, afin qu'elles s'attaquent à la discrimination raciale contre les Autochtones.

Le Programme a un certain nombre d'approches pour faire progresser sa mission :

- Formation de base en ligne, destinée aux professionnels de la santé et des services sociaux (voir plus loin).
- Modules permanents de formation en ligne (après la formation de base)
- Ateliers sur place, formation et réunions, afin de soutenir la transformation organisationnelle et systémique.
- Efforts d'échange provinciaux et nationaux du savoir.
- Projets de planification, de surveillance, d'évaluation et de recherche, liés à la SCA.
- Partenariats stratégiques de collaboration
- Partenariat, coordination et promotion au sujet d'une série de webinaires nationaux de la SCA (lien).

Accessible à l'adresse suivante : <https://soahac.on.ca/ics-training/>

élevés (72 %) de rétention ont été trouvés après 18 mois (Mamakwa et coll. 2017). Les auteurs du rapport sommaire en parlent peut-être le mieux : « Même s'ils manquent souvent de ressources, ces programmes communautaires de suivi et culturellement adéquats sont une très grande réussite » (Anishinaabe Bimaadiziwin 2017 : 15).

Soins interculturels, gestion des maladies infectieuses, déterminants sociaux de la santé, soins mère-enfant, traitement des toxicomanies sont intimement liés (Anishinaabe Bimaadiziwin 2017; Robinson et coll. 2017); de plus, les études énumérées ci-dessus ont montré que les progrès dans un domaine peuvent conduire à des progrès dans d'autres. Ces études démontrent également que, afin de réussir, les programmes doivent s'attaquer simultanément à des problèmes clés. Le succès de ces programmes de TAO et de suivi dans des collectivités rurales et éloignées de Premières Nations ont permis de produire des directives et recommandations pour des programmes similaires dans des zones rurales (Robinson et coll. 2017). C'est un exemple clair de programme conçu dans le Nord rural, puis potentiellement utile dans d'autres zones rurales ou régions possédant peu de ressources.

Les soins interculturels et mentionnés plus haut ne sont pas une petite affaire, et ils existent dans un contexte élargi. Les appels à la justice dans le rapport de 2019, qui traite des constatations de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (<https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/>), sont l'écho des appels à l'action du rapport final de 2015 de la Commission de vérité et réconciliation (<http://www.trc.ca/>). Les deux rapports signalent la responsabilité des gouvernements et des fournisseurs de soins de santé, chargés de s'occuper des états de santé et des soins de santé chez les Autochtones. Dans ce cheminement vers la réconciliation, une étape importante est la mise en place de formation et de soutien pour développer des pratiques sécuritaires culturellement et une humilité culturelle dans les soins de santé. Cela est crucial pour aborder les effets envahisseurs du racisme dans les soins de santé et que subissent les Autochtones au Canada (Allan et Smylie 2015). Le programme Ontario Indigenous Cultural Safety Training est un programme de formation en ligne, qui est une adaptation d'un programme réussi en Colombie-Britannique, et il est offert par l'entremise du Southern Ontario Aboriginal Health Access Centre (SOAHAC) (<https://soahac.on.ca/>).

La base des données probantes sur la formation en sécurité culturelle est surtout positive, mais limitée (Churchill et coll. 2017), ce qui confirme la nouveauté de ce domaine d'étude. Dans leur sommaire sur les données probantes, Churchill et ses collègues (2017) font remarquer que certaines données prouvent une relation positive entre la formation, les résultats des fournisseurs de soins de santé, les résultats des organismes et, ultimement, les résultats chez les patients. Même si les résultats ne permettent pas encore de généralisation, il est facile d'imaginer comment une communication et une compréhension améliorées chez les fournisseurs de soins de santé, les patients et les administrateurs de soins de santé peuvent se traduire par des soins plus efficaces et de meilleurs résultats pour les populations qui vivent dans différentes régions de l'Ontario.

Programmes francophones

En 2016, il y avait 129 000 francophones dans le Nord ontarien, dont 7 100 dans le Nord-Ouest, ce qui représentait 3 % de la population régionale, et 122 000 dans le Nord-Est, représentant 23 % de la population de la région (Ministère des affaires francophones de l'Ontario 2019). Les francophones tendent à être en moins bonne santé que les non francophones (Bouchard et coll. 2012); de plus, l'accès à des services de soins de santé en français peut poser problème (Gauthier et coll. 2012; Timony et coll. 2013).

Depuis 2012, des chercheurs du CRSMRN ont étudié les problèmes reliés aux services de santé en langue française (SSLF) pour les francophones ruraux et du Nord ontarien. Des études ont eu pour objet de comprendre l'offre de SSLF, la répartition des fournisseurs de services, l'expérience des médecins de famille qui offraient des services dans des secteurs densément peuplés par des francophones et l'expérience vécue par les patients francophones obtenant des soins dans la langue de leur choix.

La recherche du CRSMRN a confirmé qu'il y a un nombre prometteur de médecins qui ont indiqué le français comme compétence linguistique. En fait, près de 16 % des médecins ont déclaré qu'ils pouvaient offrir des services en langue française; cette constatation initiale était étonnante puisque seulement 4 % de la population ontarienne est francophone (Gauthier et coll. 2012). Toutefois, en dépit de l'apparence d'offre de services en langue française par les médecins, la réalité est que beaucoup de ces fournisseurs sont à des endroits où résident peu de francophones. En Ontario, la plupart des médecins de famille francophones (55 %) se trouvent dans des collectivités où moins de 10 % de la population est francophone, et seulement 14 % des médecins de famille travaillent dans des collectivités ayant une forte présence francophone (où 25 % de la population est francophone) (Timony et coll. 2013).

La mauvaise répartition des médecins de langue française en Ontario ne peut se corriger facilement, et elle comporte certaines conséquences. Timony et ses collaborateurs (2018) ont trouvé que les médecins de famille de langue française et installés dans des collectivités densément peuplées par des francophones ont eu de plus longues heures de travail et vu plus de patients par semaine que leurs collègues ne parlant pas le français. Notre recherche auprès des patients francophones du Nord ontarien a confirmé que l'obtention de services dans la langue de leur choix se traduit par une expérience plus agréable (Jutras et coll. – à l'impression); toutefois, tous les médecins ruraux et du Nord peuvent assurer des services de qualité, qu'ils sachent ou non parler le français. Ces études ont souligné l'importance de préparer des médecins de famille qui connaissent le français, aux fins de l'engagement additionnel lié à l'offre de services en langue française, de l'embauchage de personnel bilingue, de la présentation de brochures et d'affiches en français comme en anglais, du rôle que les médecins non francophones peuvent jouer pour aider leurs collègues qui offrent des services en français (Gauthier et coll. 2015; Timony et coll. 2016).

Beaucoup de leçons ont été tirées de l'approfondissement de ce problème de ressources humaines dans le secteur de la santé, et ce, pour les francophones ruraux et du Nord ontarien. À première vue, les résultats peuvent sembler insatisfaisants pour les patients de langue française, et les

difficultés, évidentes pour les fournisseurs des services soins de santé; toutefois, une étude plus récente du CRSMRN a révélé que même des changements mineurs de comportements pour les communications peuvent améliorer la satisfaction de la clientèle. Ainsi, les médecins ruraux et du Nord sont bien placés pour avoir des effets positifs sur la santé des francophones de l'Ontario rural et urbain.

Avenir des services de santé ruraux et répercussions pour l'Ontario

L'éloignement géographique plus grand, un nombre inférieur d'options de voyage, des populations clairsemées et la microrépartition de ressources déjà limitées posent problème pour la prestation des services médicaux et de santé dans les zones rurales et les régions sous-développées. Compte tenu des changements en cours au sein du système des soins de santé de l'Ontario, le moment est propice pour poursuivre l'élaboration et la réalisation de programmes de prestation de soins de santé innovateurs. Des programmes d'avant-garde sont apparus dans ces zones et régions; ils ont montré qu'il est possible d'améliorer l'accès aux soins. Par exemple, il y a le travail de l'EMNO, axé sur l'augmentation du nombre des travailleurs dans le domaine de la santé, et ce, dans des zones qui ont l'habitude de manquer de services dans le Nord ontarien, ou bien les efforts du RON pour annuler les distances par le recours aux technologies de l'information et des télécommunications, en vue d'améliorer l'accès à une gamme étendue d'expertise et de services médicaux ou de soins de santé. Ces projets sont particulièrement pertinents pour d'autres secteurs de l'Ontario parce que la population du Nord ontarien est plus âgée, ce qui, dans la province, se produira ailleurs dans une décennie ou deux.

De plus, les efforts des populations autochtones et francophones, relatifs à l'adaptation des programmes existants ou à la conception de nouveaux devant répondre aux besoins de ces gens, peuvent souvent offrir pour tous les Ontariens des idées et des innovations, notamment d'autres populations minoritaires qui ont de semblables problèmes d'accès et marginalisation. Par exemple, un décalage entre les objectifs, les processus et les résultats d'un programme peut n'apparaître que lorsque ces relations ne peuvent « être adaptées » à des langues, cultures, genres, âges, endroits, etc.

Autrement dit, les contraintes en matière de ressources dans l'Ontario rural et du Nord exigent ordinairement des solutions créatrices et, souvent, une évaluation critique des besoins et problèmes, lesquels peuvent se définir différemment dans la population en général ou urbanisée. La réussite des options de rechange dans les zones manquant de services et dans les populations minoritaires peut porter à modifier le statu quo dans les zones ayant davantage de ressources et de meilleurs services.

Il faut reconnaître que certaines innovations dans la prestation des soins de santé ruraux ont moins bien réussi; aussi, les défis que posent la distance géographique, les voyages restreints, la faible densité et l'éparpillement de la population ainsi que les maigres ressources ne devraient pas être

sous-estimés. Les problèmes d'inégalité de l'accès aux services de soins de santé de qualité persistent. Toutefois, comme le montrent des exemples, des innovations dans la prestation des soins de santé ruraux et du Nord sont apparues, afin de s'attaquer aux problèmes et de favoriser l'équité. En outre, des innovations dignes de mention ont vu le jour dans d'autres zones rurales de l'Ontario, même si, dans le présent article, nous avons insisté sur celles du Nord ontarien.

Les régions rurales et le Nord ontarien peuvent encore servir de banc d'essai pour des programmes qui se transforment afin de répondre aux nouveaux besoins d'une population vieillissante, ainsi que de lieu de démonstration de programmes dans lesquels sont intégrées de nouvelles connaissances ou une technologie et des infrastructures en évolution. Du travail est en cours pour développer et pour évaluer ces projets ou bien pour explorer les raisons sous-jacentes des différences géographiques, l'objectif étant d'élaborer des programmes efficaces, sécuritaires et économiques, afin de mieux améliorer le bien-être et la qualité de la vie des Ontariens qui vivent dans des zones rurales et des régions moins fortunées.

Remerciements

Ce document a été commandé par le Rural Ontario Institute (ROI), et nous remercions celui-ci de son soutien financier. Nous remercions le D^r Roger Strasser, MBBS, AM, doyen émérite, École de médecine du Nord de l'Ontario (EMNO), de nous avoir fourni une description du programme de recherche sur la santé et l'enseignement, Apprentissage décentralisé en milieu communautaire, de l'EMNO, puis de ses remarques pour une ébauche antérieure. Nous remercions aussi la D^{re} Diana Urajnik et Madame Margaret French, Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord (CRSMRN), le D^r Ed Brown et le D^r Rob Williams, Réseau de télémédecine de l'Ontario, qui ont également formulé des remarques portant sur des ébauches antérieures. Nous remercions les organismes qui ont financé la recherche et dont les détails se trouvent dans les articles et rapports cités. Nous reconnaissons aussi les mérites du travail d'autres chercheurs ainsi que de partenaires communautaires; nous avons déjà eu pour certains d'entre eux l'occasion de collaborer avec eux au fil des ans. Les opinions qui se trouvent dans le présent article sont celles des auteurs.

Documentation citée

- ALLAN, B., SMYLLIE, J., 2015. First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. Toronto, Ont. : Wellesley Institute.
<http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>
- ANISHINAABE BIMAADIZIWIN. 2017. *Anishinaabe Bimaadiziwin Research Program 2007 – 2017 : « 10 years of community-based research »*. Sioux Lookout, Ont. : Anishinaabe Bimaadiziwin.
http://www.slmhc.on.ca/assets/files/Research/2017_AB_Research_Summary.pdf (consultation du 19 juin 2019)
- BOUCHARD, L., BATAL, M., IMBEAULT, P., GAGNON-ARPIN, I., MAKANDI, E., SEDIGH, G., 2012. La santé des francophones de l'Ontario : Un portrait régional tiré des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes. Réseau de recherche appliquée sur la santé des francophones de l'Ontario. Ottawa, Ont.
http://www.rrasfo.ca/images/docs/publications/2012/rapport_escr_ontario-final.pdf (consultation du 19 juin 2019)
- BROWN, E. M., 2013. The Ontario Telemedicine Network: a case report. *Telemedicine and e-Health* 19(5) : 373-376.
- CHURCHILL, M., PARENT-BERGERON, M., SMYLLIE, J., WARD, C., FRIDKIN, A., SMYLLIE, D., FIRESTONE, M., 2017. *Evidence Brief: Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs*. Toronto, Ont. : St. Michael's Hospital.
- COACH 2015. *The 2015 Canadian Telehealth Report*. COACH, Toronto, Ont.
- EIBL, J. K., PELLEGRINI, D., GAUTHIER, G., DAITER, J., VARENBUT, M., HOGENBIRK, J. C., MARSH, D. C., 2017. The effectiveness of telemedicine-delivered opioid agonist therapy in a supervised clinical setting. *Drug and Alcohol Dependence* 176 : 133-138.
- FORS, M., 2018. Geographical narcissism in psychotherapy: Counter-mapping urban assumptions about power, space, and time. *Psychoanalytic Psychology* 35(4) : 446-453.
- GAUTHIER, A. P., TIMONY, P. E., SERRESSE, S., GOODALE, N., PRPIC, J., 2015. Strategies for improved French language health services; Perspectives from family physicians in northeastern Ontario. *Canadian Family Physician* 61(8) : e382-390.
- GAUTHIER, A. P., TIMONY, P. E., WENGHOFER, E. F., 2012. Examining the prevalence and distribution of French-speaking physicians in Ontario. *Canadian Family Physician* 58(12) : 717-724.
- GLAZIER, R H, GOZDYRA, P, KIM, M, BAI, L, KOPP, A, SCHULTZ, S E, TYNAN, A. M., 2018. *Geographic Variation in Primary Care Need, Service Use and Providers in Ontario, 2015/16*. Toronto, Ont. : Institute for Clinical Evaluative Sciences.
- HOGENBIRK, J. C., FRENCH, M. G., TIMONY, P., STRASSER, R. P., HUNT, D., PONG, R. W., 2015a. Outcomes of the Northern Ontario School of Medicine's distributed medical education programs: protocol for a longitudinal comparative multi-cohort study. *BMJ Open* 5 : e008246.

- HOGENBIRK, J. C., ROBINSON, D. R., HILL, M. E., PONG, R. W., MINORE, B., ADAMS, K., STRASSER, R. P., LIPINSKI, J., 2015b. The economic contribution of the Northern Ontario School of Medicine to communities participating in distributed medical education. *Canadian Journal of Rural Medicine* 20(1) : 25-32.
- HOGENBIRK, J. C., ROBINSON, D. R., STRASSER, R. P., (en préparation). Distributed medical education enables distributed economic impact: the economic contribution of the Northern Ontario School of Medicine to Northern Ontario. *Manuscript in preparation*.
- HOGENBIRK, J. C., TIMONY, P. E., FRENCH, M. G., STRASSER, R. P., PONG, R. W., CERVIN, C. et GRAVES, L., 2016. Milestones on the Social Accountability Journey: family medicine practice locations of Northern Ontario School of Medicine graduates. *Canadian Family Physician* 62(3) : e138-e145.
- HOGENBIRK, J. C., WANG, F., PONG, R. W., TESSON, G., STRASSER, R., 2004. Nature of rural medical practice in Canada: an analysis of the 2001 National Family Physician Survey. Sudbury, Ont. : Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du Nord – Université Laurentienne.
- HOLMES, M., HART, A., 2009. Profile: Ed Brown and the Development of Ontario Telemedicine Network. *Healthcare Quarterly* 12(4) : 28-31.
- JUTRAS,, C., GAUTHIER, A. P., TIMONY, P. E., CÔTÉ, D., KPAZAI, G., (à l'impression). Expérience de francophones en situation minoritaire chez leur médecin de famille avec un regard particulier sur les enjeux de la concordance et de la discordance linguistique sur cette expérience. *Diversity of Research in Health Journal*.
- KANATE, D., FOLK, D., CIRONE, S., GORDON, J., KIRLEW, M., VEALE, T., BOCKING, N., REA, S., KELLY, L., 2015. Community-wide measures of wellness in a remote First Nations community experiencing opioid dependence. *Canadian Family Physician* 61(2) : 160-165.
- LOWEY J., 2019. *Age, sex, and geographical region influences on healthcare utilization through the Ontario Telemedicine Network*. Thèse de maîtrise en sciences de la santé, Thunder Bay, Ontario : Université de Lakehead.
- MACMILLIAN, H. L., WALSH, C. A., JAMIESON, E., WONG, M. Y.-Y., FARIES, E. J., MCCUE, H., MACMILLAN, A. B., OFFORD, D. R., 2003. The Health of Ontario First Nations People. *Canadian Journal of Public Health* 94(3) : 168-172.
- MAMAKWA, S., KAHAN, M., KANATE, D., KIRLEW, M., FOLK, D., CIRONE, S., REA, S., PARSONS, P., EDWARDS, C., GORDON, J., MAIN, F., KELLY, L., 2017. Evaluation of 6 remote First Nations community-based buprenorphine programs in northwestern Ontario. *Canadian Family Physician* 63(2) : 137-145.
- MCDONALD, S., 2012. *Ontario's Aging Population: Challenges & Opportunities*. Toronto, Ont. : Fondation Trillium de l'Ontario.
- MIAN, O., HOGENBIRK, J., MARSH, D., PROWSE, O., CAIN, M., WARRY, W., 2019. Tracking Indigenous applicants through the admissions process of a socially accountable medical school: findings from the Northern Ontario School of Medicine in Canada. *Academic Medicine* 94(8) : 1211-1219.

- MIAN, O., HOGENBIRK, J. C., STRASSER, P. R., WARRY, W., 2017. How underserved rural communities approach physician recruitment: changes following the opening of a socially accountable medical school in Northern Ontario, Canada. *Canadian Journal of Rural Medicine* 22(4) : 139-147.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES FRANCOPHONES DE L'ONTARIO, 2019. Profil de la population francophone de l'Ontario – 2016. Accessible à l'adresse suivante : <https://www.ontario.ca/fr/page/profil-de-la-population-francophone-de-lontario-2016>. (consultation du 19 juin 2019)
- MINISTÈRE DES FINANCES DE L'ONTARIO, 2018. *Mise à jour des projections démographiques pour l'Ontario, 2017–2041*. Toronto, Ont., Imprimeur de la Reine pour l'Ontario.
- O'GORMAN, L., HOGENBIRK, J. C., WARRY, W., 2016. Clinical Telemedicine Utilization in Ontario over the Ontario Telemedicine Network. *Telemedicine and e-Health* 22(6) : 473-479.
- O'GORMAN, L., HOGENBIRK, J. C., 2016. Driving Distance to Telemedicine Sites in Northern Ontario as a Measure of Potential Access to Healthcare. *Telemedicine and e-Health* 22(4) : 269-275.
- PONG, R. W., DESMEULES, M., HENG, D., LAGACÉ, C., GUERNSEY, J. R., KAZANJIAN, A., MANUEL, D., PITBLADO, J. R., BOLLMAN, R., KOREN, I., DRESSLER, M P., 2011. Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic diseases and injuries in Canada* 31 : 1-36.
- RICHMOND CAM, 2015. The Relatedness of People, Land, and Health: Stories from Anishinabe Elders Chapter 16. Pages 167 à 186, dans GREENWOOD, M., DE LEEUW, S., LINDSAY, N. M., directeurs de publication. *Determinants of Indigenous Peoples' Health*. Deuxième édition. Toronto, Ont. : Canadian Scholars' Press.
- ROBINSON, A., CARLSON, R. F., KELLY, L., 2017. The occasional treatment of opioid use disorder. *Canadian Journal of Rural Medicine* 22(2) : 69-75.
- STATISTIQUE CANADA, 2013a. Nord-Est de l'Ontario (tableau). Profil de la santé. Statistique Canada, n° de catalogue 82-228-XWE. Ottawa. Rendu public le 12 décembre 2013. Accessible à l'adresse suivante : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>. (consultation du 19 juin 2019)
- STATISTIQUE CANADA, 2013b. Nord-Ouest de l'Ontario (tableau). Profil de la santé. Statistique Canada, n° de catalogue 82-228-XWE. Ottawa. Rendu public le 12 décembre 2013. Document offert à : <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/index.cfm?Lang=F>. (consultation du 19 juin 2019)
- STATISTIQUE CANADA, 2017a. Nord-Est de l'Ontario [Région économique], Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement. Recensement de 2016. Statistique Canada, n° de catalogue 98-316-X2016001. Ottawa. Rendu public le 29 novembre 2017. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?B1=All&Code1=3590&Code2=35&Data=Count&Geo1=ER&Geo2=PR&Lang=F&SearchPR=01&SearchText=Northeast&SearchType=Begins&TABID=1> (consultation du 18 juin 2019).
- STATISTIQUE CANADA, 2017b. Nord-Ouest de l'Ontario [Région économique], Ontario [Province] (tableau). Profil du recensement. Recensement de 2016. Statistique Canada, n° de catalogue 98-

316-X2016001. Ottawa. Rendu public le 29 novembre 2017. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/prof/details/page.cfm?B1=All&Code1=3595&Code2=35&Data=Count&Geo1=ER&Geo2=PR&Lang=F&SearchPR=01&SearchText=Northwest&SearchType=Begins&TABID=1> (consultation du 19 juin 2019).

STATISTIQUE CANADA, 2019. Chiffres de population et des logements – Faits saillants en tableaux, Recensement de 2016. Chiffres de population et des logements, Canada, provinces et territoires, et régions économiques, recensement de 2016 et 2011 – Données intégrales. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/hlt-fst/pd-pl/Tableau.cfm?Lang=Fra&T=1401&SR=1&S=3&O=D&RPP=25&PR=0&CMA=0> (consultation du 18 juin 2019).

STRASSER, R., CHEU, H., 2018. Needs of the many: Northern Ontario School of Medicine students' experience of generalism and rural practice. *Canadian Family Physician* 64(6) : 449-455.

STRASSER, R., COUPER, I., WYNN-JONES, J., ROURKE, J., CHATER, A. B., REID, S., 2016. Education for rural practice in rural practice. *Education for Primary Care* 27(1) : 10-14.

STRASSER, R., HOGENBIRK, J. C., MINORE, B., MARSH, D. C., BERRY, S., MCCREADY, W. G. et GRAVES, L. (2013). Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. *Medical Teacher* 35(6) : 490-496.

STRASSER, R., WORLEY, P., CRISTOBAL, F., MARSH, D. C., BERRY, S., STRASSER, S., ELLAWAY, R., 2015. Putting Communities in the Driver's Seat: The Realities of Community-Engaged Medical Education. *Academic Medicine* 90(11) : 1466-1470.

STRASSER, R. P., HOGENBIRK, J. C., JACKLIN, K., MAAR, M., HUDSON, G., WARRY, W., CHEU, H., DUBÉ, T., CARSON, D., 2018. Community Engagement: The Centrepiece of NOSM's Socially Accountable Distributed Medical Education. *Canadian Medical Education Journal* 9(1) : e33-e43.

STRASSER, R. P., LANPHEAR, J. H., MCCREADY, W. G., TOPPS, M. H., HUNT, D. D., MATTE, M. C., 2009. Canada's new medical school: the Northern Ontario School of Medicine: social accountability through distributed community engaged learning. *Academic Medicine* 84(10) : 1459-1464.

TIMONY, P. E., GAUTHIER, A. P., HOGENBIRK, J. C., WENGHOFER, E. F., 2013. Promising quantities, disappointing distribution. Investigating the presence of French-speaking physicians in Ontario's rural Francophone communities. *Rural and Remote Health* 13(4).

TIMONY, P. E., GAUTHIER, A. P., SANOU, B., WENGHOFER, E. F., 2018. Workload of French-speaking family physicians in francophone rural and northern Communities. *Canadian Journal of Rural Medicine* 23 (3) : 76-84.

TIMONY, P. E., GAUTHIER, A. P., SERRESSE, S., GOODALE, N., PRPIC, J., 2016. Barriers to offering French language physician services in rural and Northern Ontario. *Rural and Remote Health* 16 : 3805.

WENGHOFER, E., HOGENBIRK, J. C., TIMONY, P. E., 2017. Impact of the rural pipeline in medical education: practice locations of recently graduated family physicians in Ontario. *Human Resources for Health* 15 : 16.

WENGHOFER, E. F., KAM, S. M., TIMONY, P. E., STRASSER, R., 2018. Geographic variation in FP and GP scope of practice in Ontario. *Canadian Family Physician* 64 : e274-e282.

WENGHOFER, E. F., TIMONY, P. E., GAUTHIER, N. J., 2014. 'Rural' doesn't mean 'uniform': Northern vs southern rural family physicians' workload and practice structures in Ontario. *Rural and Remote Health* 14(2).

Points de vue du Nord : gouvernance innovatrice en soins de santé dans le nord de l'Ontario

Par: Hilary Hagar

Quiconque a parcouru les autoroutes du nord de l'Ontario sait qu'il y a de vastes étendues de route d'une communauté à l'autre. Pour ceux et celles qui ne vivent pas dans des centres comme Thunder Bay, Sioux Lookout ou Sudbury, il faut être prêt à conduire de longues distances pour obtenir des soins de santé. Seulement 24 % des patients dans le nord-ouest et 28 % dans le nord-est indiquent être en mesure de voir leurs fournisseurs de soins de santé principaux le jour même ou le jour suivant, comparativement à la moyenne provinciale de 43 % (Qualité des services de santé Ontario 2018, 23). De nombreux facteurs contribuent probablement à cette situation, y compris l'accès à un fournisseur de soins primaires. Ce ne sont que 91,5 % des personnes du nord-ouest et du nord-est de l'Ontario qui ont un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires. Ce sont les plus faibles taux de la province et ils sont inférieurs à la moyenne provinciale de 94,1 % (Qualité des services de santé Ontario 2017b).

Hogenbirk et al., dans leur document de travail, analysent l'accès aux soins de santé dans les régions du nord de l'Ontario. Ils font remarquer que l'innovation peut être le résultat de la relation entre de moins bons résultats en matière de santé pour la population et un sens robuste de la communauté. Ils suggèrent que ces innovations sont d'une importance cruciale pour la santé des gens du Nord parce que les contraintes en matière de ressources dans les régions rurales et du Nord nécessitent des solutions créatives et une évaluation critique des besoins et des défis particuliers de la population à laquelle ces solutions s'adressent.

Des exemples de programmes de santé créatifs et innovateurs existent partout dans le Nord. En plus des exemples proposés par Hogenbirk et al., l'exemple de l'équipe interprofessionnelle de soins de santé primaires de la Matawa Health Co-operative est à souligner. Son approche innovatrice, taillée sur mesure pour sa communauté, vise à incorporer des médicaments et des techniques de guérison traditionnels à des soins de santé modernes pour répondre aux divers besoins en matière de santé des neuf communautés de la première nation de Matawa (Matawa First Nation, non daté).

Toutefois, l'innovation locale ne s'arrête pas qu'à la prestation de programmes. Il faut aussi y faire appel pour trouver des solutions de gouvernance qui reflètent mieux les besoins et les caractéristiques des populations sous-régionales. Par exemple, il est possible d'encourager l'innovation à l'échelon local en encourageant les municipalités à jouer un plus grand rôle dans la gouvernance, la planification et la prestation des services de santé. En Ontario, les municipalités locales et les Conseils d'administration des services sociaux de district ont la responsabilité de

financer et d'offrir conjointement les programmes de santé publique, de soins de longue durée et de services paramédicaux en collaboration avec les Réseaux locaux d'intégration des services de santé ou RLISS (AMO 2019, 15). Les municipalités peuvent aussi contribuer de façon considérable aux investissements de capitaux destinés à des hôpitaux et offrir des mesures incitatives visant à recruter des médecins (AMO 2019, 5). En fait, en 2017, les gouvernements municipaux en Ontario ont contribué 2,1 milliards de dollars au système de soins de santé, une augmentation de 38 % en huit ans (AMO 2019, 3). Cependant, les gouvernements municipaux ontariens ont actuellement très peu de moyens de contribuer à la conception des programmes (AMO 2019, 4). En raison de la participation croissante des municipalités aux systèmes de santé publique et de soins de santé, l'AMO est d'avis que les gouvernements municipaux doivent participer pleinement aux processus de planification et d'établissement des politiques en matière de santé, à titre de partenaires égaux plutôt que de simples intervenants (AMO 2019, 5). De plus en plus, les municipalités viennent combler les lacunes dans les services provinciaux à l'échelon de la communauté. Le fait de tenir compte de leur apport serait un autre outil à utiliser pour veiller à ce que les politiques en matière de soins de santé (et les programmes qui en découlent) soient bien ciblées (AMO 2019, 5).

Au-delà de cet exemple ontarien, les gens du Nord devraient se rappeler qu'ils n'ont pas à trouver toutes les solutions eux-mêmes. L'étude d'exemples réussis de gouvernance locale innovatrice en soins de santé dans d'autres parties du Canada ou même du monde peut mener à de nouvelles perspectives et avoir un impact positif sur la santé des utilisateurs du système. Selon André Picard, un journaliste chevronné dans le domaine de la santé, nous avons résolu chaque problème de notre système de santé canadien au moins 10 fois, à petite échelle. Notre plus grand problème est de ne pas élargir la portée de nos réussites (CBC Radio 2017).

Prenons les Community Health Boards (CHB) en Nouvelle-Écosse. La Nouvelle-Écosse compte 37 CHB, lesquels sont composés de bénévoles de la communauté qui rassemblent des idées et mettent en commun de l'information sur la façon d'améliorer la santé et le bien-être à l'échelon de la communauté, et d'en faire la promotion (Nova Scotia Health Authority non daté). En plus de créer des partenariats avec des groupes communautaires locaux, les CHB allouent les bourses d'un fonds de bien-être à des projets communautaires axés sur des initiatives établies dans les plans en matière de santé de leur communauté (Nova Scotia Health Authority non daté). La création de ces plans en matière de santé, qui orientent le travail des CHB, est une activité qui se poursuit en continu en recueillant des renseignements de la communauté sur des facteurs ayant un effet sur la santé et le bien-être (Nova Scotia Health Authority non daté). De façon générale, les leaders locaux en matière de santé pourraient être mieux à même de prendre les décisions holistiques en matière de santé qui s'imposent que des employés des ministères gouvernementaux (Everett 2019, 15). De plus, une participation grandissante des citoyens dans la gouvernance des systèmes de santé encourage la mise en place d'une approche centrée sur le patient, qui pourrait améliorer la qualité des soins et répondre à des problèmes existants (Everett 2019, 18).

L'Ontario suit cette approche avec des démarches semblables. En 2016, la province a publié son premier Cadre pour l'engagement des patients pour « orienter les gens dans la planification, la mise

en œuvre et l'évaluation des activités de participation des patients » (HQO 2017a, 3). Ce cadre recommande que la participation des patients soit incluse pour faire en sorte que le système puisse faire preuve de responsabilité, promouvoir la transparence et répondre aux besoins des patients (HQO 2017a, 13). Des exemples de ces efforts peuvent comprendre la nomination de représentants des patients à un conseil et la tenue d'une réunion publique pour consulter les patients dans le cadre de l'élaboration d'un nouveau plan stratégique (HQO 2017a, 13).

Malgré le besoin de travailler avec des acteurs locaux pour générer des solutions adaptées à un contexte particulier, « 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 » (Everett 2019, 15). Pour tenter de trouver une solution à ce problème, le RLISS du Nord-ouest et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont mis de l'avant un modèle de planification sous-régionale innovateur, appelé centres locaux de soins de santé (Everett 2019, 15). Les centres sont établis sur la base des données démographiques, de la situation économique et des particularités culturelles et visent à offrir aux communautés locales une plus vaste gamme de soins de santé (Everett 2019, 15). Les centres locaux de soins de santé pourraient améliorer l'accès aux soins par les clients, mener à une approche axée sur le patient et encourager le resserrement des liens dans la communauté (Whaley 2013, 6).

De façon semblable, les carrefours de santé en milieu rural, une initiative du Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee, ont l'objectif d'offrir tout particulièrement aux fournisseurs de soins des partenariats interdisciplinaires pour améliorer la coordination et l'efficacité des soins pour une population et/ou une zone géographique définie (Multi-Sector Rural Health Hub Advisory Committee 2015). Pour les petites communautés du Nord qui n'ont pas la masse critique nécessaire pour la prestation de services, ses collaborations créatives au sein des municipalités et des disciplines et entre celles-ci sont absolument nécessaires pour la prestation efficace de services de santé qui répondent aux besoins de la population.

Comme le montrent bien Hogenbirk et al., les systèmes de santé du Nord doivent composer avec une vaste géographie combinée à une faible densité de population, tout en répondant aussi aux besoins des francophones et des personnes autochtones. Il est difficile de tenir compte de toutes ces complexités. Cependant, le robuste sens de communauté mentionné par Hogenbirk et al. est assurément un point fort du nord de l'Ontario et devrait être intégré au système de santé. Des solutions innovatrices ancrées dans les communautés, autant dans la gouvernance que dans les programmes en matière de santé, pourraient avoir un effet salutaire sur la santé des gens du Nord.

Références

- Association des municipalités de l'Ontario (AMO). 2019. « Partners for a Healthy Ontario ». Association des municipalités de l'Ontario. Documentation provenant de <https://www.amo.on.ca/AMO-PDFs/Reports/2019/AMO-Partners-for-a-Healthy-Ontario-2019-01-18.aspx>.
- CBC Radio. « Canadians too accepting of mediocre health care, says André Picard ». Dernière mise à jour : le 24 avril 2017. Page consultée le 18 septembre 2019. Documentation provenant de <https://www.cbc.ca/radio/thecurrent/the-current-for-april-24-2017-1.4080024/canadians-too-accepting-of-mediocre-health-care-says-andr%C3%A9-picard-1.4080068>.
- Everett, Eric. 2019. « La gouvernance dans le Nord : étude de cas - La prise de décision locale dans le système de santé nord-ontarien ». Thunder Bay, ON : Institut des politiques du Nord. Documentation provenant de https://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/reports-new/report_everett-northern-governance-fr.pdf.
- Qualité des services de santé Ontario. 2018. *Stratégie d'équité en matière de santé dans le nord de l'Ontario*. Qualité des services de santé Ontario. Documentation provenant de <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/health-equity-strategy-report-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario. 2017a. *Cadre pour l'engagement des patients en Ontario*. Qualité des services de santé Ontario. Documentation provenant de <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pe/ontario-patient-engagement-framework-fr.pdf>.
- Qualité des services de santé Ontario. 2017b. « Avoir un médecin de famille ou un autre fournisseur de soins primaires ». *Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Documentation provenant de <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-syst%C3%A8me/Rendement-des-soins-primaires/Avoir-un-fournisseur-de-soins-primaires>.
- Matawa First Nations. Non daté. Matawa Health Co-operative. Matawa First Nations. Documentation provenant de <http://www.matawa.on.ca/corporations/matawa-health-co-operative/>.
- Rural Health Hub Advisory Committee (comité consultatif sur les carrefours santé en milieu rural) 2015. *Rural Health Hubs Framework for Ontario*. Ontario Hospital Association. Documentation provenant de <https://www.oha.com/Documents/Rural%20Health%20Hub%20Framework%20Ontario.pdf>.
- Nova Scotia Health Authority. Non daté. « Community Health Boards ». Documentation provenant de <https://www.communityhealthboards.ns.ca/#welcome>.
- Whaley, J. 2013. « Local Health Hubs for Rural and Northern Communities: An Integrated Service Delivery Model Whose Time Has Come ». Ontario Hospital Association. Documentation provenant de

<https://www.oha.com/Documents/Local%20Health%20Hubs%20for%20Rural%20and%20Northern%20Communities.pdf>