



NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

Note d'information No. 4 | Novembre 2015

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

© 2015 Institut des politiques du Nord
Publication de l'Institut des politiques du Nord
874, rue Tungsten
Thunder Bay (Ontario) P7B 6T6
Téléphone : (807) 343-8956
Courriel : northernpolicy@northernpolicy.ca
Site Web : www.northernpolicy.ca

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

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

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

Traduction par Natalie Melanson-Martin.

Contents

- À propos de l'Institut des politiques du Nord _____ 4
- À propos de l'auteur _____ 5
- Objet _____ 6
- Introduction _____ 7
- La collaboration interprofessionnelle comme stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé _____ 8
- À quoi ressemble la collaboration interprofessionnelle dans les communautés rurales et du Nord? _____ 9
- La collaboration interprofessionnelle dans les milieux ruraux et du Nord a-t-elle amélioré l'accès aux soins? 10
- Conclusion _____ 11
- Références _____ 12
- Qui nous sommes _____ 18

À propos de l'Institut des politiques du Nord :

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

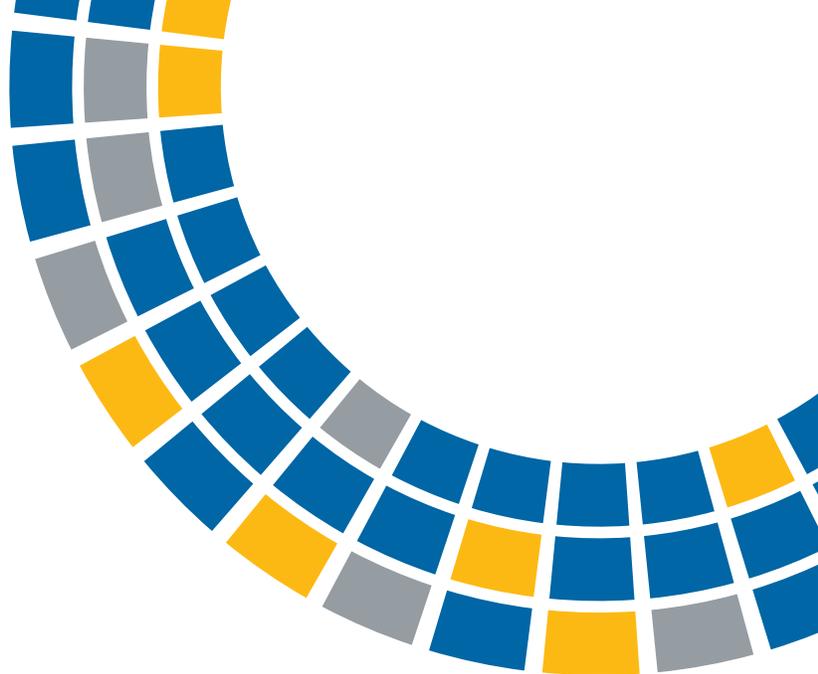
Vision

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

Mission

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

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



Valeurs

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

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

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

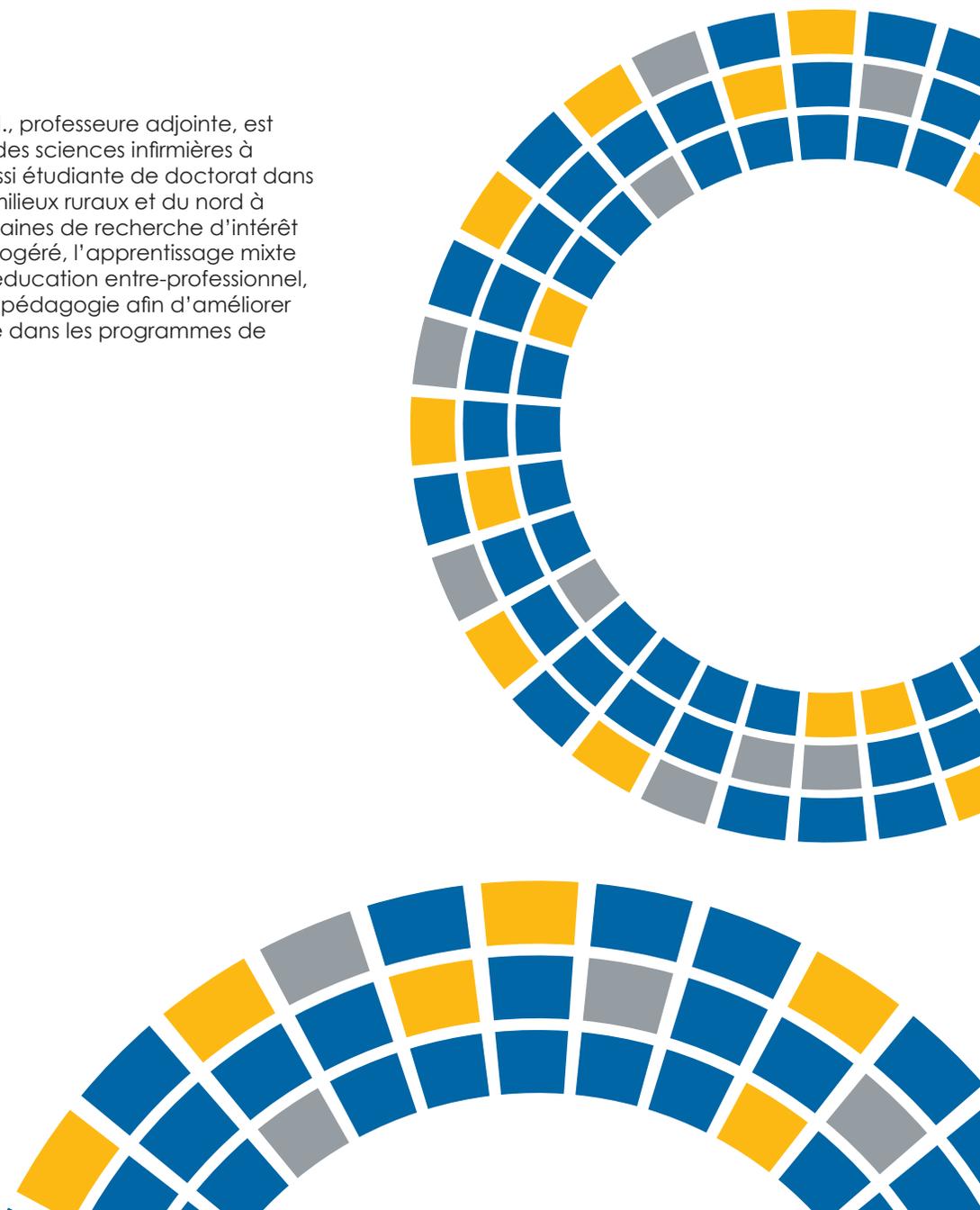
Coordination : L'Institut des politiques du Nord complétera les efforts de recherche des établissements postsecondaires et des organismes non gouvernementaux du Nord ontarien; il explorera aussi les occasions de déployer des efforts coordonnés favorisant le mandat de l'Institut des politiques du Nord.

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

À propos de l'auteur

Emily Donato

Emily Donato, R.N., B. Sc. N., M. Ed., professeure adjointe, est membre de la faculté de l'École des sciences infirmières à l'Université Laurentienne et est aussi étudiante de doctorat dans le Programme de santé dans les milieux ruraux et du nord à l'Université Laurentienne. Ses domaines de recherche d'intérêt comprennent l'apprentissage autogéré, l'apprentissage mixte et amélioré par la technologie, l'éducation entre-professionnel, et le partage et le dialogue sur la pédagogie afin d'améliorer l'enseignement et l'apprentissage dans les programmes de soins infirmiers.



Objet

The purpose of this briefing note is to outline how interprofessional care can be implemented as a strategy to improve health care access for remote, rural, and northern communities.



Introduction

Au cours des quinze dernières années, plusieurs initiatives gouvernementales ont souligné l'importance de la collaboration interprofessionnelle comme stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé. La collaboration interprofessionnelle en soins de santé « consiste à fournir des services de santé complets aux patients par l'entremise de divers soignants qui collaborent afin de fournir des soins de qualité au sein des établissements de santé et entre ceux-ci » (Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle [CISS], 2007, p. 7). Il faudra d'abord déterminer dans quelle mesure cette collaboration est pertinente pour répondre aux besoins dans les milieux ruraux et du Nord, ainsi que les attentes de la population, la justification de ce choix comme intervention, et son utilité dans le contexte du système de santé actuel (Huicho et coll., 2010).

Selon le rapport intitulé *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord*, toute la province connaît des défis reliés à l'accès aux soins de santé, mais ceux-ci représentent un problème particulièrement accru pour les régions rurales, isolées et du Nord de l'Ontario (Ministère de la Santé et des Soins de longue durée [MSSLDO], 2010). La structure du système de soins de santé joue un rôle dans cet accès; l'administration des soins relève des provinces,

mais ces dernières en confient la prestation aux divers fournisseurs et organismes de santé (Marchildon, 2013). Ceci a créé un système fragmenté de services et des inégalités dans l'accès aux soins dans ces régions, justifiant davantage le besoin de stratégies pour l'améliorer.

Le rapport Drummond a indiqué que les citoyennes et citoyens ontariens et canadiens veulent avoir accès à des soins de qualité, et qu'une planification adéquate de la prestation de services doit avoir lieu afin d'assurer ceci (Drummond, 2012). D'autres documents révèlent aussi que l'accès constitue un problème pour les communautés rurales et du Nord, ce qui doit être pris en considération lorsqu'on évalue l'état de santé de leurs membres (Adams et coll., 2015; Bourke, Humphreys, Wakerman et Taylor, 2012; DesMeules et coll., 2012; Moss et coll., 2012; Muir-Cochrane, 2014; White, 2013; Pong et coll., 2011; Russell et coll., 2013). Le *Plan de croissance du Nord de l'Ontario* a demandé l'augmentation du nombre de professionnels de la santé et l'amélioration de l'accès aux soins afin de promouvoir la croissance et la durabilité des collectivités du Nord de l'Ontario (Ministère de l'Infrastructure, Ministère du Développement du Nord, des Mines et des Forêts, 2011).



La collaboration interprofessionnelle comme stratégie pour améliorer l'accès aux soins de santé

L'accès aux soins de santé représente l'un des problèmes principaux des populations rurales et du Nord et la collaboration interprofessionnelle pourrait contribuer à son amélioration. Le rapport Romanow a recommandé l'établissement d'un nouveau *Fonds d'accès des collectivités rurales et éloignées* afin d'appuyer les nouvelles approches en prestation de soins et qu'une portion de ce fonds soit utilisée pour répondre aux besoins des fournisseurs de soins dans ces communautés. Le rapport a également recommandé des approches collaboratives pour la prestation de services afin de maximiser les avantages des équipes et des réseaux multidisciplinaires qualifiés (Romanow, 2002). En 2004, l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* a affirmé que 50 pour cent des Canadiens et Canadiennes devraient avoir accès en tout temps à des équipes multidisciplinaires de soins de santé avant 2011 et que de plus, cet accès devrait être amélioré dans le Nord (Santé Canada, 2004). En juillet 2007, le document *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial* a été diffusé par ProfessionsSantéOntario pour fournir de l'information et des recommandations ayant pour objectif l'amélioration du système de santé de l'Ontario au moyen de la collaboration interprofessionnelle afin d'en augmenter l'accès (Comité directeur de la CISS). En 2009, des changements ont été apportés à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* afin d'améliorer les soins de santé et leur accès :

- en élargissant les champs d'exercice de 12 différentes professions de la santé;
- en obligeant les autorités de réglementation professionnelle de la santé à travailler ensemble pour élaborer des normes communes de connaissances, de compétences et de jugement dans des régions où leurs professions peuvent fournir des services identiques ou semblables; et,
- en faisant en sorte que les soins en équipe soient un élément clé des programmes d'assurance de la qualité des autorités de réglementation professionnelles de la santé afin d'assurer la compétence continue des professionnels de la santé autorisés.

Ces amendements ont permis aux professionnels de la santé tels que les infirmières et infirmiers praticiens d'œuvrer dans un champ d'exercice élargi et de fournir une plus grande variété de services, ouvrant la voie aux initiatives de travail d'équipe où une variété de pourvoyeurs de santé travailleraient ensemble pour fournir des soins accessibles.



À quoi ressemble la collaboration interprofessionnelle dans les communautés rurales et du Nord?

Selon Hutchinson, Lévesque, Strumpf et Coyle (2011), les initiatives gouvernementales telles que le soutien pour les équipes de soins de santé primaires interprofessionnelles, ainsi que l'augmentation du nombre de fournisseurs de soins primaires, sont des changements transformateurs qui améliorent l'accès aux services de santé. Une de ces initiatives a été la création par le MSSLDO du collectif en gestion de la qualité (*Quality Management Collaborative*) qu'on a renommé *Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation* en 2007. L'objectif était d'assister à la transition vers un modèle d'équipe de prestation de soins de santé primaires (Hutchinson, Lévesque, Strumpf, et Coyle, 2011). Quelques exemples de cette transition sont le développement et l'augmentation du nombre d'équipes de santé familiale et de cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien dans les collectivités rurales et du Nord de l'Ontario; on rapporte que ces derniers ont contribué à augmenter l'accès aux soins (MSSLDO, 2014; Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015).

Selon Parker et coll. (2013), bien qu'on associe la collaboration interprofessionnelle à des résultats positifs en matière de santé en milieu rural, il existe peu d'évaluations de la réussite des modèles dans ce domaine. Les différentes charges de travail, la diminution du nombre de fournisseurs de santé en milieu rural, le manque de valorisation des rôles professionnels et la fragmentation des services se sont révélés comme étant les principaux obstacles à la réussite de la collaboration interprofessionnelle dans les communautés rurales et du Nord (Parker et coll., 2013). Plusieurs pourvoyeurs de soins travaillent à temps partiel et ont plus d'un emploi à cause de la diminution du nombre et de la variété de professionnels de la santé dans ces régions. Aussi, en essayant d'initier et de développer des équipes de collaboration interprofessionnelle, l'ignorance des rôles des autres professionnels de la santé persiste toujours, ce qui mène à un manque de valorisation des autres membres de l'équipe.

Le problème du manque de cohérence dans la mise en œuvre des modèles de collaboration interprofessionnelle dans les milieux ruraux et du Nord découle du fait que ces communautés se distinguent par la quantité de financement qu'ils reçoivent et par leur investissement ou leurs demandes pour des

initiatives particulières telles que les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien ou des équipes de santé familiale (MSSLDO, 2010). On sait aussi qu'il existe des inégalités dans l'accès aux soins dans le continuum rural-urbain et que ceci varie d'une communauté à l'autre (Sibley et Weiner, 2011; Hutchinson, Lévesque, Strumpf, et Coyle, 2011). Ces divergences, ces inégalités et ces problèmes dans la réussite de ces collaborations influencent tous le type de soins interprofessionnels existant dans ces milieux, ce qui contribue à divers modèles de prestation de services de santé.

Pour appuyer les collaborations interprofessionnelles dans les milieux ruraux et du Nord, on devra travailler davantage et mener d'autres recherches sur la réussite de leurs modèles. Voici quelques recommandations pour tenter de remédier au problème : fournir les ressources nécessaires pour appuyer les modèles de collaboration interprofessionnelle en planification de ressources humaines en santé pour les régions rurales et du Nord, et fournir des appuis professionnels tels que la mise en application d'activités pour promouvoir le développement de réseaux parmi les fournisseurs de santé qui pourront contribuer à la durabilité des équipes de collaboration dans les milieux ruraux et du Nord (MSSLDO, 2010).



Meno Ya Win Health Centre, Sioux Lookout, Ontario

La collaboration interprofessionnelle dans les milieux ruraux et du Nord a-t-elle amélioré l'accès aux soins?

L'établissement des équipes de santé familiale et des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien sont des exemples d'initiatives de collaboration interprofessionnelle qui sont apparues récemment afin d'améliorer l'accès aux soins dans les communautés rurales et du Nord. Toutefois, à cause du manque de cohérence dans la mise en œuvre des modèles de collaboration, il est difficile d'en évaluer l'impact. Le problème continu de recrutement et de rétention des professionnels de la santé dans ces régions complique davantage les efforts pour améliorer l'accès aux services par la collaboration interprofessionnelle; s'il y a peu ou pas de fournisseurs de soins dans ces milieux, comment la collaboration peut-elle avoir lieu? Les stratégies de recrutement et de rétention doivent commencer au sein de programmes de formation dans toutes les professions de la santé.

Kulig et Williams (2012) suggèrent que les programmes de formation des professions de santé devraient inclure un contenu et des expériences pratiques pertinents pour les régions rurales et du Nord. Le Rural Health Training Institute (Institut de formation en santé rurale) (Goodman, 2012), un modèle de collaboration interprofessionnelle, est un exemple donné par Kulig et Williams pour démontrer comment accomplir ceci. Par ailleurs, Deutschlander, Suter et Grymonpre (2013) ont trouvé qu'immédiatement après l'obtention d'un diplôme des programmes de premier cycle des professionnels de la santé, la formation interprofessionnelle en milieu pratique avait une influence modeste sur le recrutement dans les régions mal desservies. Toutefois, ils préviennent qu'il n'est pas clair si l'inclusion de cette expérience interprofessionnelle est un avantage global pour le recrutement réussi dans ces régions, et qu'il faudra faire davantage d'études longitudinales (2010).



Conclusion

La collaboration entre les professionnels de la santé représente un morceau du casse-tête pour répondre aux besoins en matière de soins dans les régions rurales et du Nord. Des tentatives d'assurer la collaboration interprofessionnelle dans ces régions ont entraîné une variété de prestations de services à travers les communautés. Ceci est partiellement à cause de la disponibilité et de la variété des professionnels de la santé dans ces régions ainsi que d'autres obstacles aux soins interprofessionnels tels qu'identifiés dans les documents. Récemment, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a recommandé que la formation interprofessionnelle soit mise en application dans les programmes de premier cycle afin de préparer les étudiants en sciences de la santé à la collaboration avant leur autorisation à la pratique, soulignant que des études seront nécessaires pour examiner la rentabilité, la viabilité et la pertinence de la formation pour les communautés desservies (OMS, 2013). Une stratégie pour aborder la mise en œuvre réussie de la collaboration est d'inclure la formation interprofessionnelle dans les programmes de premier cycle, ainsi que de fournir des ressources et des appuis permanents pour les modèles de collaboration interprofessionnelle dans les milieux ruraux et du Nord.

Une stratégie pour aborder la mise en œuvre réussie de la collaboration est d'inclure la formation interprofessionnelle dans les programmes de premier cycle, ainsi que de fournir des ressources et des appuis permanents pour les modèles de collaboration interprofessionnelle dans les milieux ruraux et du Nord.

Références

- Adams, R., Jones, A., Lefmann, S. et Sheppard, L. (2015). *Rationing is a reality in rural physiotherapy: a qualitative exploration of service level decision-making*. *BMC Health Services Research* 15:12. Repéré à doi 10.1186/s12913-015-0786-3
- Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO). (2015). *Coming together, moving forward: Building the next chapter of Ontario's rural, remote and northern nursing workforce – report*. Repéré à http://rmao.ca/sites/rmao-ca/files/RR_May8.pdf
- Bourke, L., Humphreys, J. S., Wakeman, J. et Taylor (2012). Understanding drivers of rural and remote health outcomes: A conceptual framework in action. *Australian Journal of Rural Health*, 20:318-323. doi: 10.1111/j.1440-1584.2010.01312.x
- Comité de mise en œuvre stratégique de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. (2010). *Mise en œuvre de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé en Ontario*. Health Force Ontario. Repéré à <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolycymakersResearchers/ipc-final-report-may-2010-fr.pdf>
- Comité directeur de la collaboration interprofessionnelle en soins de santé. (2007). *Collaboration interprofessionnelle en soins de santé : Un plan directeur provincial*. *ProfessionsSantéOntario*. Repéré à <http://www.healthforceontario.ca/UserFiles/file/PolycymakersResearchers/ipc-blueprint-july-2007-fr.pdf>
- Consortium pancanadien pour l'interprofessionalisme en santé (CPIS). (2010). *A national interprofessional competency framework*. Repéré à <http://www.cihc.ca>
- DesMeules, M., Pong, R. W., Read Guernsey, J., Wang, F., Luo, W. et Dressler, M.P. (2012). Chapter 2: Rural health status and determinants in Canada. In Kulig, J. C. et Williamson, A. M. (Eds.), *Health in Rural Canada* (pp.23-43). Vancouver : UBC Press.
- Deutschlander, S., Suter, E. et Grymonpre, R. (2013). Interprofessional practice education: is the « interprofessional » component relevant to recruiting new graduates to underserved areas? *Rural and Remote Health*, 13: 2489. Repéré à http://www.rrh.org.au/publishedarticles/article_print_2489.pdf
- Health Professions Networks Nursing & Midwifery Human Resources for Health (2010). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Repéré à http://www.who.int/hrh/resources/framework_action/en/
- Huicho, L., Dieleman, M., Campbell, J., Codjia, L., Balabonova, D., Dussault, G. et Dolea, C. (2010). Increasing access to health workers in underserved areas: a conceptual framework for measuring results. *Bull World Health Organ*, 88: 357-363.
- Hutchison B., Lévesque, J., Strumpf, E. et Coyle, N. (2011). Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Quarterly*, 13(2): 256–288.
- Marchildon, G.P. (2013). Canada: Health systems review. *Health Systems in Transition*, 15(1) : 1-179. Repéré à http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/181955/e96759.pdf
- Ministère de l'Infrastructure, Ministère du Développement du Nord, des Mines et des Forêts (2011). *Plan de croissance du Nord de l'Ontario*, 2011. Repéré à https://www.placestogrow.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=368&Item%09id=65&lang=fr
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2009). *Loi de 2009 modifiant des lois en ce qui concerne les professions de la santé réglementés*. Repéré à http://www.ontla.on.ca/bills/bills-files/39_Parliament/Session1/b179.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2010). *Plan visant l'accès aux services de santé dans les collectivités rurales et du Nord – Étape 1 Rapport*. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/fr/public/programs/ruralnorthern/docs/report_rural_northern_FR.pdf

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2014). *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé – Rapport d'étape après deux ans*. Repéré à http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/progress_healthychange_2yr.pdf
- Moss, A., Racher, F., Jeffery, B., Hamilton, C., Burles, M. et Annis, R. C. (2012). Chapter 9: Transcending boundaries: Collaborating to improve access to health services in northern Manitoba and Saskatchewan. In Kulig, J. C. et Williamson, A. M. (dirs.), *Health in Rural Canada* (pp. 159-177). Vancouver : UBC Press.
- Muir-Cochrane, E., O'Kane, D., Barkway, P., Oster, C. et Fuller, J. (2014). Service provision for older people with mental health problems in a rural area of Australia. *Aging and Mental Health*, 18(6): 759-766. doi.org/10.1080/13607863.2013.878307
- Organisation mondiale de la santé. (2010). *Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: global policy recommendations*. Repéré à <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html>
- Organisation mondiale de la Santé. (2013). *Transforming and scaling up health professionals' education and training*. Genève, Suisse : Organisation mondiale de la Santé. Repéré à <http://www.who.int/hrh/education//en/>
- Parker, V., McNeil, K., Higgins, I., Mitchell, R., Paliadelis, P., Giles, M. et Parmenter, G. (2013). How health professionals conceive and construct interprofessional practice in rural settings: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13: 500 doi: 10.1186/1472-6963-13-500
- 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., Wang, F. et Luo, W.(2011). Patterns of health services utilization in rural Canada. *Chronic Disease and Injuries in Canada*. 31(Suppl 1):1-28. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/31-1-supp/index-eng.php>
- Romanow, R. J. *Guidé par nos valeurs : l'avenir des soins de santé au Canada*. 2002. Ottawa, Ontario: Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- Russell, D. J., Humphreys, J.S., Ward, B., Chisholm, M., Buykx, P., McGrail, M. et Wakerman, J. (2013). Helping policy-makers address rural health access problems. *Australian Journal of Rural Health*, 21: 61-71. doi: 10.1111/ajr.12023
- Santé Canada. (2004). *l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*. Repéré à <http://canadienssante.gc.ca/health-system-systeme-sante/cards-cartes/collaboration/2003-accord-fra.php>
- Sibley, L.M. et Weiner, J. P. (2011). An evaluation of access to health care services along the rural-urban continuum in Canada. *BMC Health Services Research*, 11:20. Repéré à <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/20>
- White, D. (2013). Development of a rural health framework: Implications for program service planning and delivery. *Health Care Policy*, 8 (3): 27-41.

Qui nous sommes

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

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

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

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.

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

Conseil d'administration



Ron Arnold



Pierre Bélanger



Martin Bayer



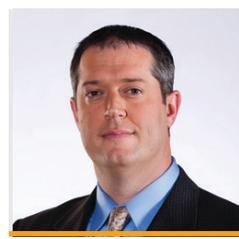
Thérèse Bergeron-Hopson



Terry Bursey



Dr. Harley d'Entremont



Alex Freedman



Jean Paul Gladu



Dr. George C. Macey



Dawn Madahbee



Hal J. McGonigal



Doug Murray



Madge Richardson



Ray Riley



Brian Tucker

President et Chef de la direction



Charles Cirtwill

Conseil consultatif

Dr. Gayle Broad
Barbara Courte Elinesky
Brian Davey
Tony Dean
Don Drummond
Tannis Drysdale (Chair)
John Fior
Ronald Garbutt

Peter Goring
Frank Kallonen
Duke Peltier
Kathryn Poling
Peter Politis
Tina Sartoretto
Keith Saulnier

Conseil consultatif pour la recherche

Dr. John Allison
Hugo Asselin
Dr. Randy Battocchio (Chair)
Dr. Stephen Blank
George Burton
Dr. Robert Campbell
Dr. Iain Davidson-Hunt
Jonathan Dewar
Dr. Livio Di Matteo
Dr. Morley Gunderson
Dr. Anne-Marie Mawhiney

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

NORTHERN
POLICY INSTITUTE

INSTITUT DES POLITIQUES
DU NORD

northernpolicy.ca