



Équipe Santé Ontario du Grand Fleuve

Partenaires ayant une expérience vécue

DÉCLARATION D'INTÉRÊT

L'expression « personnes ayant une expérience vécue » s'entend des patientes et patients (soins hospitaliers ou soins primaires), des résidentes et résidents (soins de longue durée), des clientes et clients (soins à domicile et soins communautaires) ainsi que des familles, des fournisseuses et fournisseurs de soins.

Nous recrutons pour une variété de postes :

Membre de la table des partenaires ayant une expérience vécue de l'ESO du Grand Fleuve

La table des partenaires ayant une expérience vécue est un regroupement organisé de patients, de familles, de personnes soignantes et de personnes ayant une expérience vécue qui constituera une équipe importante au sein de notre ESO. Elle a la possibilité de contribuer à la prise de décision aux différents niveaux de notre ESO GF. Son objectif est de faire entendre la voix des patients et des familles dans le cadre de la conception et du développement continu d'un système de soins de santé équitable et intégré pour notre région. La table a le potentiel d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population de Stormont, Dundas et Glengarry, de la ville de Cornwall, du sud-est rural d'Ottawa, du canton de Russell et d'Akwesasne. L'engagement en termes de temps est d'au moins 2 heures par mois (heures de réunion fixes pendant la journée), avec la possibilité de travailler sur des projets à l'occasion. *Engagement minimum de 2 ans.*

Membres pour siéger aux groupes de travail de l'ESO GF

L'ESO a mis sur pied plusieurs groupes de travail et tables de concertation qui sont composés de membres du personnel des divers partenaires en soins de santé de Stormont, de Dundas, de Glengarry, de la ville de Cornwall, du sud-est rural d'Ottawa, du canton de Russell et d'Akwesasne. L'objectif de l'ESO est de faire en sorte qu'au moins deux patients partenaires siègent à chacune des tables et à chacun des groupes de travail de l'ESO. Il existe plusieurs groupes, chacun ayant son propre champ d'intérêt. Sur le formulaire de demande, vous pouvez indiquer les groupes de travail ou les tables qui vous intéressent. Les membres de chaque groupe de travail collaborent à différents projets et à différentes initiatives, contribuant ainsi à orienter les travaux de l'ESO dans le domaine concerné. L'engagement en termes de temps varie selon l'équipe ou le groupe de travail. Cependant, il est de l'ordre de 2 à 5 heures par mois (lors de réunions en journée organisées à l'avance). Si vous êtes intéressé(e), il est également possible de travailler sur d'autres projets. *Engagement minimum de 1 an.*

Participation occasionnelle, selon les besoins

L'ESO du Grand Fleuve s'engage à établir des liens avec une grande variété d'utilisateurs des soins de santé et avec leurs communautés. Nous sommes conscients que les bénévoles ne peuvent pas tous s'engager régulièrement. Il arrivera à l'occasion, au cours de l'année, que l'ESO veuille s'adresser à un plus vaste groupe. Au fil du temps, il sera nécessaire de constituer un bassin de patients, de familles, de personnes soignantes et de personnes ayant des expériences vécues diverses, afin de comprendre les

expériences vécues par les patients et les familles sur un certain sujet, et afin de prendre connaissance de leurs recommandations. Cet engagement en termes de temps variera et la participation à ces occasions sera facultative. *Aucun engagement continu n'est requis.*

Le courriel sera la principale méthode de communication utilisée pour faire connaître les possibilités de participation à venir. L'engagement peut se faire de façon virtuelle ou en personne.

Déclaration d'intérêt

Nom du candidat : _____

Adresse personnelle : _____

No de téléphone : _____ Courriel : _____

1. **Méthode préférée de contact** : téléphone courriel

2. **Quel est le meilleur moment pour communiquer avec vous?**

durant la journée

en soirée

la fin de semaine

3. **Y a-t-il des mesures d'adaptation dont vous avez besoin pour rehausser votre participation?**

4. **Les énoncés suivants me décrivent le mieux (choisir tous les éléments applicables) :**

Je suis un(e) patient(e)/client(e)/resident(e)

Je suis un membre d'une famille

Je suis une personne soignante

Autre – SVP décrire _____

5. Veuillez nous indiquer si vous vous identifiez aux catégories suivantes (choisir tous les éléments applicables) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Peuples autochtones | <input type="checkbox"/> Communauté concernant l'enfance et la jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Communauté francophone | <input type="checkbox"/> Minorités visibles |
| <input type="checkbox"/> Communauté concernant la santé mentale et les dépendances | <input type="checkbox"/> Personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Communauté LGBTQ2 | <input type="checkbox"/> Ainé(e)s et personnes âgées |
| <input type="checkbox"/> Communauté concernant la démence | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

6. Dans quel(s) secteur(s) du système de soins de santé avez-vous de l'expérience? Veuillez cocher tous les éléments applicables.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Soins à domicile | <input type="checkbox"/> Soins primaires (p. ex. votre médecin ou votre infirmière praticienne) |
| <input type="checkbox"/> Organisme communautaire de santé mentale | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs |
| <input type="checkbox"/> Services de soutien communautaire (p. ex. transport, programme de jour pour adultes, Popote roulante) | <input type="checkbox"/> Foyer de soins de longue durée |
| <input type="checkbox"/> Hôpital | <input type="checkbox"/> Maison de retraite |
| | <input type="checkbox"/> Autre (décrire) : _____ |

7. Pourquoi seriez-vous une bonne candidate ou un bon candidat à ce rôle?

8. Avez-vous déjà participé au sein d'un groupe consultatif, d'un conseil ou d'un comité semblable?

Oui Non Si oui, veuillez fournir une description :

9. Nous savons que votre vie est occupée. Combien de temps pouvez-vous consacrer aux activités tous les mois? (cocher une réponse)

- Moins d'une heure par mois
- Une à deux heures par mois
- Trois à quatre heures par mois
- Plus de quatre heures par mois

10. Quel niveau d'engagement avez-vous de l'intérêt? (voir ci-dessus pour plus d'information sur les niveaux)

- Membre de la table des partenaires ayant une expérience vécue de l'ESO du Grand Fleuve
- Membres pour siéger aux groupes de travail de l'ESO GF
- Participation occasionnelle, selon les besoins
- Je ne suis pas certain, j'aimerais en discuter

11. Quel est le meilleur moment pour vous afin d'assister à des réunions (cocher tous les éléments applicables)?

- le jour en semaine la fin de semaine le matin l'après-midi le soir

12. Veuillez transmettre tout autre commentaire pouvant appuyer votre déclaration d'intérêt à siéger au groupe d'experts.

En plus de remplir la section ci-dessus, vous pouvez également joindre votre curriculum vitae à jour (s'il y a lieu) pour que l'on en prenne connaissance.

Merci de soumettre votre déclaration d'intérêt à :

Par courrier électronique :

Sarah Good, Spécialiste de
l'engagement et de la santé de la
population
ÉSO du Grand Fleuve
s.good@cscestrie.on.ca

Par courrier :

Attn : Sarah Good
Équipe Santé Ontario du Grand Fleuve
841, rue Sydney, bur. 6
Cornwall, ON K6H 3J7