

Kaniatarowanéhne Kaniatari:io Ata'karitéhtshera Raotinèn:ra

**L'Équipe Santé Ontario du Grand Fleuve (ESO GF)** travaille à améliorer la prestation des soins dans notre région. Nous croyons que les voix des patient(e)s, des familles, des aidant(e)s et des membres de la communauté doivent être au cœur de ce travail. C'est pourquoi nous recrutons des partenaires ayant une expérience vécue pour nous aider à bâtir un système plus équitable et centré sur la personne.

## Qu'est-ce qu'un ou une partenaire ayant une expérience vécue?

Ce sont des personnes ayant une expérience directe avec le système de santé ou avec des services de soutien connexes. Cela peut inclure :

- Les patient(e)s ou client(e)s des hôpitaux, soins primaires, soins de longue durée, ou soins à domicile et en milieu communautaire
- Les membres de la famille ou les aidant(e)s
- Les membres de la communauté ayant navigué dans les services de notre région

Nous recherchons des personnes issues de divers horizons et communautés, notamment les communautés noires, autochtones, francophones, 2ELGBTQIA+, les nouveaux arrivants, les jeunes, les personnes à faible revenu et les personnes en situation de handicap, afin de refléter toute la diversité de la région de l'ESO du Grand Fleuve : Stormont, Dundas, Glengarry, Cornwall, sud-est d'Ottawa, canton de Russell et Akwesasne.

## Vous pouvez participer à un ou à plusieurs des rôles suivants :

### Rejoindre la table des partenaires ayant une expérience vécue (TPAEV)

Le TPAEV est un groupe officiel de partenaires qui se réunit chaque mois et collabore étroitement avec les fournisseurs de services de santé et sociaux pour :

- Donner leur avis sur les décisions ayant un impact sur les soins dans notre région
- Concevoir des services plus équitables et intégrés
- Faire progresser l'équité en santé et améliorer l'expérience de soins

**Engagement minimal:** 2 heures par mois. En tant que membre de la TPAEV, vous serez aussi être invité(e) à représenter le groupe dans d'autres groupes de travail ou projets de l'ESO GF.

**Durée du mandat :** 3 ans.

### Participer à un groupe de travail ou à une équipe de l'ESO GF

Vous pouvez aussi être un ou une partenaire ayant une expérience vécue directement impliqué(e) dans un groupe de travail ou une équipe de projet sans faire partie de la TPAEV.

Chaque groupe se concentre sur un domaine spécifique (ex. santé mentale, soins aux aînés, navigation dans le système).

**Engagement estimé :** 2 à 5 heures par mois selon le groupe.

**Durée du mandat :** 1 an.

### Faire partie de notre bassin de participation ponctuelle

Si vous ne pouvez pas vous engager de manière régulière, vous pouvez tout de même contribuer. Nous sollicitons souvent l'avis de la communauté sur des sujets ou projets précis au cours de l'année.

**Engagement :** flexible et optionnel. Les possibilités seront communiquées par courriel.

La participation peut se faire en personne ou en ligne.

Prêt(e) à faire une différence? Remplissez le formulaire à la page suivante pour nous faire part de votre intérêt. Pour toute question, veuillez contacter la personne mentionnée au bas du formulaire.

## FORMULAIRE DE DÉCLARATION D'INTÉRÊT

Nom du ou de la candidate :

Adresse courriel :

Adresse :

Âge :

Numéro de téléphone :

Genre :

Méthode de contact préféré : Téléphone  Courriel

Langue préférée :

**Avez-vous besoin de mesures d'adaptation particulières pour faciliter votre participation?**

**Avez-vous un accès fiable à Internet et/ou à un appareil pour les réunions virtuelles?**

Oui  Non  Parfois

**Votre expérience avec les services de santé et sociaux :**

Cochez toutes les cases correspondant à vos expériences personnelles en tant que patient(e)/client(e) ou aidant(e)/personne de soutien (ex. membre de la famille, ami(e), défenseur).

| Domaine de soins ou de services   | Patient(e)/ Client(e)<br><input checked="" type="checkbox"/> | Aidant(e)/ Personne de soutien<br><input checked="" type="checkbox"/> | Domaine de soins ou de services                                   | Patient(e)/ Client(e)<br><input checked="" type="checkbox"/> | Aidant(e)/ Personne de soutien<br><input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--|---|---|--|---|
| Soins hospitaliers  | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Soins maternels et néonataux                                      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Soins primaires (médecin de famille ou infirmière praticienne)                        | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Services aux personnes ayant une déficience développementale      | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Centre de santé communautaire / Clinique dirigée par du personnel infirmier praticien | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Soins aux personnes âgées/fragiles                                | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Santé mentale et santé liée à l'utilisation de substances                             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Gestion des maladies chroniques (ex. diabète, MPOC)               | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Services sociaux élargis (ex. logement, aide sociale, nouveaux arrivants)             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Services de soutien communautaire (ex. transport, repas, visites) | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Soins à domicile et communautaires  | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Soins de santé privés (ex. dentiste, physiothérapie)              | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Soins de longue durée   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  | Blessures et réadaptation   | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |
| Soins d'affirmation de genre  | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/>  |   |  |   |

**Veillez décrire votre expérience personnelle ou comme aidant(e) avec les services de santé ou sociaux.**

(Par exemple : Quels services avez-vous utilisés? Quels défis avez-vous rencontrés? Qu'est-ce qui a bien fonctionné? Cela nous aide à comprendre la perspective que vous apportez.)

**Avez-vous actuellement un médecin de famille ou une infirmière praticienne pour vos soins réguliers?**

Oui  Non  Je ne sais pas

**Nous nous engageons à refléter les voix des diverses communautés. Si vous vous sentez à l'aise, veuillez indiquer si vous vous identifiez à l'un ou plusieurs des groupes suivants (cochez tout ce qui s'applique) :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 2ELGBTQIA+                        | <input type="checkbox"/> Personne en situation de handicap         |
| <input type="checkbox"/> Noir(e)                           | <input type="checkbox"/> Nouvel(le) arrivant(e) au Canada          |
| <input type="checkbox"/> Autre groupe racisé               | <input type="checkbox"/> Faible revenu ou en situation de pauvreté |
| <input type="checkbox"/> Minorité religieuse               | <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :               |
| <input type="checkbox"/> Premières Nations, Métis ou Inuit | <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre                   |
| <input type="checkbox"/> Francophone                       |  |

**Pourquoi seriez-vous un(e) bon(ne) candidat(e) pour ce rôle?**

**Avez-vous déjà participé à un groupe consultatif, un conseil, un comité ou un conseil d'administration similaire?**

Oui  Non

Si oui, veuillez décrire :

**À quel moment êtes-vous le plus disponible pour assister à des réunions? (Cochez tout ce qui s'applique)**

En semaine:  Matin  Après-midi  Soir

Fin de semaine:  Matin  Après-midi  Soir

**Quel niveau d'engagement vous intéresse? (voir les options ci-dessus)**

- Membre de la table des partenaires ayant une expérience vécue (TPAEV)
- Groupes de travail de l'ESO du Grand Fleuve
- Participation occasionnelle au besoin
- Je ne sais pas encore, j'aimerais en discuter

**Autres commentaires à l'appui de votre déclaration d'intérêt :**

Vous pouvez également joindre une copie de votre CV (facultatif).

Veillez envoyer ce formulaire à :

**Par courriel à :**

Carilyne Hébert, Superviseure de projets,  
engagement et navigation – ESO GF  
c.hebert@cscestrie.on.ca

**Par la poste à :**

À l'attention de Carilyne Hébert – ESO du Grand  
Fleuve  
841, rue Sydney, bureau 6  
Cornwall, ON K6H 3J7