

Feuille de travail : L'engagement des parties prenantes

Le but de la feuille de travail est de vous aider à cerner une vaste gamme de parties prenantes touchées par votre « problème complexe ». Il n'est pas nécessaire qu'elle soit remplie pour soumettre une Déclaration d'intérêt. La période de recrutement est conçue pour vous permettre de réfléchir aux parties prenantes avec lesquelles vous pourriez entrer en contact au moment où vous commencez à mettre votre équipe sur pied. Nous vous demanderons de présenter un sommaire des parties prenantes avec lesquelles vous aurez communiquées et leur statut en matière de participation si vous décidez de soumettre une soumission complète dans le cadre du Programme de collectifs d'ancrages.

ORGANISME DE SANTÉ DIRECTEUR

GRUPE DE PARTIES PRENANTES	PARTIE PRENANTE	AVEC QUI VOULEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT? SOYEZ PRÉCIS : NOM, POSTE, ORGANISME	COORDONNÉES/CONTACTS COMMENT ALLEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT AVEC CETTE PARTIE PRENANTE? QUI PEUT VOUS AIDER?	POURQUOI CETTE PARTIE PRENANTE VOUDRAIT-ELLE PARTICIPER? RÉFLÉCHISSEZ À LA SITUATION DE SON POINT DE VUE. POURQUOI PARTICIPERAIT-ELLE? QUELLE EXPÉRIENCE A-T-ELLE PAR RAPPORT AU PROBLÈME? COMMENT LES TRAVAUX S'ALIGNENT-ILS SUR SA MISSION ET SA STRATÉGIE?	STATUT CONCERNANT LA PARTICIPATION DE CETTE PARTIE PRENANTE A CONFIRMÉ, INVITÉE, PAS ENCORE INVITÉE, A REFUSÉ
HAUTE DIRECTION	PRÉSIDENT.E /PDG/ DIRECTRICE GÉNÉRALE OU DIRECTEUR GÉNÉRAL				
	V.-P./CADRE DE HAUTE DIRECTION				
CLINICIAN LEADS	MÉDECIN RESPONSABLE				
	INFIRMIÈRE OU INFIRMIER RESPONSABLE				
	NUTRITION-NISTE RESPONSABLE				
	AUTRES SPÉCIALISTES DE LA SANTÉ				
SERVICES ALIMENTAIRES ET ENVIRONNEMENTAUX	RESPONSABLE DES SERVICES ALIMENTAIRES				
	RESPONSABLE DE L'APPROVISIONNEMENT				
	RESPONSABLE DES SERVICES ENVIRONNEMENTAUX				
EXPÉRIENCE VÉCUE	PATIENT.E/ CONSEILLÈRES OU CONSEILLERS FAMILIAUX				

GRUPE DE PARTIES PRENANTES	PARTIE PRENANTE	AVEC QUI VOULEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT? SOYEZ PRÉCIS : NOM, POSTE, ORGANISME	COORDONNÉES/CONTACTS COMMENT ALLEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT AVEC CETTE PARTIE PRENANTE? QUI PEUT VOUS AIDER?	POURQUOI CETTE PARTIE PRENANTE VOUDRAIT-ELLE PARTICIPER? RÉFLÉCHISSEZ À LA SITUATION DE SON POINT DE VUE, POURQUOI PARTICIPERAIT-ELLE? QUELLE EXPÉRIENCE A-T-ELLE PAR RAPPORT AU PROBLÈME? COMMENT LES TRAVAUX S'ALIGNENT-ILS SUR SA MISSION ET SA STRATÉGIE?	STATUT CONCERNANT LA PARTICIPATION DE CETTE PARTIE PRENANTE A CONFIRMÉ, INVITÉE, PAS ENCORE INVITÉE, A REFUSÉ
COMMUNICATIONS ET ÉVALUATION	RESPONSABLE DES DONNÉES ET DE L'ÉVALUATION				
	RESPONSABLE DES COMMUNICATIONS				
AUTRES PARTIES PRENANTES IMPORTANTES (p. ex. agente ou agent de liaison communautaire, travailleuse sociale ou travailleur social, navigatrice ou navigateur des patientes et patients, équipe verte, etc.)					

ORGANISMES COMMUNAUTAIRES PARTENAIRES

GRUPE DE PARTIES PRENANTES	PARTIE PRENANTE	AVEC QUI VOULEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT? SOYEZ PRÉCIS : NOM, POSTE, ORGANISME	COORDONNÉES/CONTACTS COMMENT ALLEZ-VOUS ENTRER EN CONTACT AVEC CETTE PARTIE PRENANTE? QUI PEUT VOUS AIDER?	POURQUOI CETTE PARTIE PRENANTE VOUDRAIT-ELLE PARTICIPER? RÉFLÉCHISSEZ À LA SITUATION DE SON POINT DE VUE, POURQUOI PARTICIPERAIT-ELLE? QUELLE EXPÉRIENCE A-T-ELLE PAR RAPPORT AU PROBLÈME? COMMENT LES TRAVAUX S'ALIGNENT-ILS SUR SA MISSION ET SA STRATÉGIE?	STATUT CONCERNANT LA PARTICIPATION DE CETTE PARTIE PRENANTE A CONFIRMÉ, INVITÉE, PAS ENCORE INVITÉE, A REFUSÉ
ORGANISME COMMUNAUTAIRE DU MILIEU DE LA SANTÉ OU DE L'ALIMENTATION					
ORGANISME AUTOCHTONE DU MILIEU DE LA SANTÉ OU DE L'ALIMENTATION					
ENTREPRISE LOCALE DE PRODUCTION OU D'APPROVISIONNEMENT ALIMENTAIRE					
ORGANISME LOCAL CLIMATIQUE OU ENVIRONNEMENTAL					
AUTRE :					
AUTRE :					
AUTRE :					