



le chemin de  
la santé mentale

## formulaire de demande

**Projet *Pour aller plus loin* : Ensemble, donnons accès à l'autogestion dans votre région !**

Merci de transmettre ce formulaire par courriel à [chantal.robby@monrelief.ca](mailto:chantal.robby@monrelief.ca)

### Partie I – Information sur l'organisme demandeur

---

Nom de l'organisme

---

Ville

Région administrative

---

Nom de la personne-ressource

Titre de la personne-ressource

---

Téléphone

Courriel

---

Site Web

---

Nombre total d'employé-e-s

Nombre d'intervenant-e-s

---

Ville (s) où seront offerts les ateliers si une trousse  
de démarrage est octroyée

---

Numéro d'enregistrement comme  
organisme à but non lucratif

1. Décrivez la mission et les services de votre organisme (maximum 200 mots) :

2. Merci de confirmer que vous avez lu et compris les documents suivants :  Oui  Non

- a. Le site Web de Relief <https://monrelief.ca/relief-1/pour-aller-plus-loin>
- b. Le document intitulé *Modalités de participation*
- c. Le document intitulé *Profil recommandé des coanimateurs-trices des ateliers*

3. Avez-vous assisté à la session d'information en ligne présentant le projet ?  Oui  Non

4. Comment avez-vous entendu parler du projet *Pour aller plus loin*?

---

## Partie II – Informations sur les partenaires (s’il y a lieu)

### 2.1 Organisation partenaire principale

Veillez utiliser cette section pour fournir l’information concernant l’organisation partenaire que vous considérez la plus significative pour ce projet. Si vous avez d’autres organisations partenaires, utilisez la section 2.2.

---

Nom de l’organisation partenaire

---

Ville

Région administrative

---

Nom de la personne-ressource

Titre de la personne-ressource

---

Téléphone

Courriel

1. Avez-vous déjà travaillé en collaboration avec cette organisation?  Oui  Non

2. Type de partenariat :

Veillez indiquer **le ou les codes** parmi les suivants qui s’appliquent le mieux : \_\_\_\_\_

#### Codes à utiliser selon le type de partenariat

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>A. Promotion des ateliers auprès de la population et/ou auprès des professionnels de la santé</li><li>B. Référencement par ses intervenants ou professionnels vers les ateliers</li><li>C. Coanimation avec l’organisme demandeur</li><li>D. Offre d’ateliers de thématiques complémentaires à ceux offerts par l’organisme demandeur</li><li>E. Offre d’un local pour la tenue des ateliers (advenant des rencontres en personne)</li><li>F. Financement pour la mise en place ou la récurrence des ateliers</li><li>G. Soutien dans la recherche de financement</li><li>H. Soutien dans l’évaluation des ateliers</li><li>I. Prêt ou don d’équipements technologiques</li><li>J. Autres</li></ul> |
|---|

## 2.2 Autres organisations partenaires (facultatif)

S'il y a lieu, veuillez faire la liste des autres organisations partenaires. Indiquez **le ou les codes** qui correspondent au type de partenariat (se référer au tableau de la **section 2.1**).

Nom de l'organisation	Nom de la personne-ressource	Ville	Codes A à J

**3. Vos commentaires sur les partenaires (optionnel, maximum 200 mots).**

**Partie III – Informations sur les coanimateurs-trices d’ateliers**

1. Les intervenant-e-s qui participeront à la formation et qui coanimeront les ateliers correspondent-ils au *Profil recommandé* par Relief?  Oui  Non
2. Les intervenant-e-s à former sont-ils en mesure de suivre une formation en ligne (caméra, micro, ordinateur, connexion Internet)?  Oui  Non
3. Indiquez le nombre total d’intervenant-e-s à former au total : \_\_\_\_\_
4. Veuillez cocher la date préférée pour suivre la formation :
  - Jeudi 9 septembre 2021**, de 9 h à 17 h
  - Jeudi 16 septembre 2021**, de 9 h à 17 h
  - Jeudi 14 octobre 2021**, de 9 h à 17 h
  - Jeudi 18 novembre 2021**, de 9 h à 17 h

**Aucune. Veuillez préciser la raison ou proposer une autre date :**

---

\*Ces dates pourraient être sujettes à changement.

**5. Vos commentaires sur les intervenant-e-s à faire former (optionnel, maximum 200 mots)**

## Partie IV – Accessibilité, qualité et récurrence des ateliers offerts

1. Pourquoi souhaitez-vous offrir les ateliers à la population de votre région? Quelles seraient les retombées positives d'une telle mise en place? (maximum 200 mots)

2. Quels moyens seront mis en œuvre par votre organisme et ses partenaires pour faire connaître les ateliers et optimiser le nombre de participant-e-s inscrit-e-s? Expliquez brièvement (maximum 50 mots).

3. Votre organisme possède-t-il les ressources pouvant assurer une récurrence des ateliers au-delà de la première session d'ateliers (voir la section C du document *Modalités de participation*)?  Oui  Non  
Expliquez brièvement (maximum 50 mots).

4. Y aura-t-il des frais d'inscription pour les participant-e-s?  Oui  Non  Incertain

5. Selon votre compréhension des besoins dans votre région, remplissez le tableau suivant en indiquant les objectifs que votre organisme (et ses partenaires) pourrait réalistement atteindre.

Thématique de l'atelier	Nombre d'ateliers prévus pour la 1 <sup>re</sup> session	Nombre d'ateliers prévus par année, après la 1 <sup>re</sup> session
Anxiété		
Dépression		
Bipolarité		
Estime de soi		
Milieu de travail		
<b>TOTAL</b>		

6. De quelle façon prévoyez-vous offrir les ateliers ?

- En virtuel  
 En présentiel  
 Les deux

7. Votre organisme donnera-t-il accès aux ateliers à un segment particulièrement vulnérable de la population ou à des personnes ayant autrement un accès limité à des services en santé mentale?

- Oui  Non **Si oui**, indiquez quel(s) segments(s) de la population (maximum 50 mots)

8. Relief souhaite évaluer les ateliers donnés au Québec. Votre organisme accepte-t-il de demander à ses participant-e-s de remplir un formulaire de rétroaction à la fin de leur participation?

- Oui  Non

9. Autres commentaires (optionnel, maximum 50 mots)

Merci de transmettre ce formulaire par courriel à [chantal.robby@monrelief.ca](mailto:chantal.robby@monrelief.ca)