

# Appel à initiatives Démocratie en santé 2024 • Hauts-de-France

## Prévisualisation du formulaire

--- PAGE ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)



ARS, CRSA & CTS Hauts-de-France

...

APPEL A INITIATIVES  
DÉMOCRATIE EN SANTÉ  
Édition 2024

Formulaire de dépôt de projets pour l'appel à initiatives Hauts-de-France « Démocratie en Santé » 2024.

Dépôt des candidatures : **du vendredi 9 février**

↪ au **dimanche 7 avril** (2 mois) pour les projets territoriaux

↪ au **dimanche 2 juin** (4 mois) pour les projets supra-territoriaux / régionaux

### A savoir avant de commencer :

Le dépôt comprend 4 étapes, sa durée est estimée entre 15 et 30 minutes.

Pour les associations, avant de commencer, assurez-vous d'avoir en votre possession et au format électronique ces documents réclamés à l'issue de l'instruction / pour la contractualisation éventuelle :

- Statuts en vigueur
- Dernier exercice comptable validé



*Veillez noter que les champs marqués d'un astérisque (\*) doivent être obligatoirement renseignés.*

---

**Périmètre de mise en œuvre du projet \***

- Territorial
- Régional ou supra territorial (au moins deux territoires de démocratie sanitaire)

**Sélectionnez le Territoire de démocratie de santé concerné par le projet \***

- Aisne
- Hainaut
- Métropole-Flandres
- Oise
- Pas-de-Calais
- Somme

**Sélectionnez les Territoires de démocratie de santé concernés par le projet \***

- Aisne
- Hainaut
- Métropole-Flandres
- Oise
- Pas-de-Calais
- Somme

Il est requis de sélectionner au moins deux territoires.

--- PAGE ---

(Les champs ci-dessous seront affichés sur une nouvelle page)



## ÉTAPE 2 : INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom du projet \*

Type de porteur \*

- Association d'usagers du système de santé agréée
- Association de patients pouvant prétendre à l'agrément régional et s'engageant dans une telle démarche
- Commune ou intercommunalité (type EPCI) ou département
- Établissement de santé
- Établissement ou service médico-social
- Structure de prévention
- Structure de soins de proximité
- Autre

Type de structure \*

Êtes-vous une association de type 1901 ? \*

- Oui
- Non

Type d'agrément \*



- Agrément régional
- Agrément national
- Mandat (associations en région bénéficiant d'un mandat d'une association nationale agréée)

**Nom de l'association régionale agréée \***

- Sélectionner -



**Nom de l'association nationale agréée \***

- Sélectionner -



**Votre structure a-t-elle déjà déposé un projet pour à cet appel à initiatives par le passé ? \***

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

**En quelle(s) année(s) ? \***

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021
- 2022
- 2023

SPECIMEN

**Porteur du projet**

**Dénomination \***



Adresse \*

Ville \*

Code postal \*

Numéro Siret \*

Représentant·e légal·e de l'organisme porteur habilité·e à signer une convention

Nom \*

SPECIMEN



**Prénom \***

**Fonction \***

**Référent·e du projet**

**Nom \***

**Prénom \***

**Fonction \***

**SPECIMEN**



Adresse électronique \*

Téléphone \*

Format : 00.00.00.00.00

## ÉTAPE 3 : PRÉSENTATION DU PROJET

### PRÉSENTATION DU PROJET

N'hésitez pas à donner des informations détaillées dans chaque description afin de favoriser une meilleure compréhension du projet.

**Veillez sélectionner l'axe ou les axes prioritaires du Projet Régional de Santé (PRS) auxquels votre projet correspond. \***

- Développement du pouvoir d'agir en santé des publics prioritaires : jeunes, des personnes les plus démunies, personnes concernées par les troubles psychiques, des populations les plus éloignées des soins
- Promotion et recours complémentaire aux différentes formes de participation et d'engagement des usagers de la santé (représentants des usagers, patients-experts, patients-partenaires, intervenants-pairs, aidants, etc...)
- Participation directe et toute action réussissant à aller vers et faire exprimer les citoyens encore non accompagnés par des établissements ou services



- Prise en compte et valorisation de l'expérience patient dans les parcours, les accompagnements, les formations, les dispositifs et politiques locales.
- Autre

**Si vous avez sélectionné "Autre", veuillez préciser : \***

**Contexte du projet \***

Quels sont les éléments qui ont fait émerger l'idée de ce projet ? Quels sont les besoins identifiés ?

**Finalité \***

**Objectif(s) \***



Les actions mises en œuvre pour réaliser l'objectif général (la finalité).

**Public(s) ciblés et/ou impliqué(s) dans votre projet \***

- Patient·e·s, résident·e·s, usagers de votre structure
- Patient(s)-expert(s) et/ou Patient(s)-partenaire(s) et/ou Intervenant(s)-pair(s)
- Représentant(s) des usagers du système de santé d'associations agréées
- Aidant(s)
- Habitants / grand public
- Autres

**Si vous avez sélectionné "Autre", veuillez préciser : \***

**Outil(s) de participation du(des) public(s) cible(s) utilisé(s)**

- Réunion publique
- Enquête
- Débat
- Atelier citoyen
- Vote
- Plateforme collaborative
- Autre(s)



Outil(s) ayant permis l'expression des attentes et besoins en santé par le(les) public(s) cible(s) utilisé(s) dans le cadre du projet.

**Si vous avez sélectionné "Autre", veuillez préciser l'outil utilisé : \***

**Veuillez décrire la méthode de mise en œuvre que vous envisagez pour votre projet \***

**Détails sur le(les) mécanisme(s) de participation du(des) public(s) cible(s)/malades utilisé(s) \***

**Quel niveau de participation du(des) public(s) cible(s) visez-vous ? \***

0                      1                      2                      3                      4

---

Information \*

---

Consultation \*

---

Concertation \*

---



---

Codécision \*

---

**Précisions :**

0 = absence de la forme de participation ; 1 = faible ; 2 = moyen ; 3 = bon et 4 = excellent.

- **Information** : les usagers reçoivent une vraie information sur le projet, mais ne peuvent pas donner leur avis.
- **Consultation** : des enquêtes, des réunions publiques, etc. permettent aux usagers d'exprimer leur opinion sur le projet (ou son objet). Leur avis ne lie pas le-s décideur-s.
- **Concertation** : les usagers ont la possibilité de donner leur avis et ils sont invités à proposer de nouvelles idées. Le choix final revient tout de même au-x décideur-s, gardant toujours le dernier mot.
- **Codécision** : elle consiste en une participation directe à l'élaboration de la décision ou une gestion déléguée. Par exemple, l'adoption du projet est soumise à un vote auquel participent les usagers.

**Partenaire(s) internes et/ou externes du projet**

Merci de renseigner le nom du ou des partenaire(s) impliqué(s) dans votre projet, le cas échéant.

**Prévoyez-vous de faire appel à un prestataire externe pour la réalisation de ce projet ? \***

- Oui
- Non

**Prestataire(s) \***

Merci de fournir quelques détails sur le(s) prestataire(s) impliqués dans votre projet (Nom, qualifications, devis, etc.)

**Caractère innovant (à renseigner si applicable)**

**Accessibilité (à renseigner si applicable)**

**Calendrier et plan d'actions \***

SPECIMEN



## Autres informations jugées pertinentes (optionnel)

Si nécessaire, fournissez des informations supplémentaires qui pourraient contribuer à une meilleure compréhension du projet ou à son évaluation.

## ÉTAPE 4 : BUDGET

### Financement

Montant total estimé du projet (€) \*

Montant sollicité au titre de cet appel à initiatives (€) \*

Type de dépenses que cette subvention couvrirait \*



Quelle est la part d'auto-financement prévue dans votre projet ? (€) \*

Instructions pour le Formulaire de budget du projet :

1. Téléchargez le formulaire de budget du projet en cliquant sur le lien suivant : <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/XXXX>
2. Une fois téléchargé, veuillez remplir le formulaire avec toutes les informations requises.
3. Assurez-vous d'enregistrer le formulaire complété sur votre appareil.
4. Revenez à cette page et cliquez cliquer sur le bouton « Choisir un fichier » (ou « Parcourir...») et sélectionner le fichier.
5. Ensuite, cliquez sur « TRANSFÉRER » pour le téléverser.

Avez-vous sollicité une autre (ou d'autres) subvention(s) pour ce projet auprès d'organismes ou institutions ? \*

- Oui
- Non

État de la demande \*

- Approuvée
- En cours d'examen
- Autre

Critères de suivi et d'évaluation du projet \*



## Téléversement de pièces supplémentaires (optionnel)

Si vous souhaitez accompagner votre dossier de candidature de documents supplémentaires, veuillez utiliser la fonction de téléversement ci-dessous.

## Traitement de vos données

Conformément au Règlement général sur la protection des données (RGPD) du 25 mai 2018 et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, nous vous informons que nous collectons et traitons des données à caractère personnel vous concernant. Les informations recueillies sont prises en charge par le service Démocratie en santé et gouvernance de l'ARS Hauts-de-France. Elles seront exclusivement utilisées pour l'instruction et l'évaluation des projets et à des fins statistiques. Aussi, lors de l'audition des projets recevables, les membres des jurys, qui sont également des membres des instances consultatives de l'ARS (CRSA et CTS), pourront accéder aux données collectées. Pour les projets retenus, les données seront conservées pendant toute la durée de la mise en œuvre de cet appel à initiatives, soit deux ans. Par la suite, conformément à la réglementation en vigueur, elles seront définitivement détruites. Conformément au RGPD et à la loi « Informatique et Libertés », vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement et de limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, veuillez adresser votre demande au délégué à la protection des données (DPD) de l'ARS Hauts-de-France par courriel : [ars-hdf-dpd@ars.sante.fr](mailto:ars-hdf-dpd@ars.sante.fr) ou par courrier : ARS Hauts-de-France, 556 Avenue Willy Brandt, 59777 Euralille.

Vous disposez également d'un droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle, en particulier auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et les Libertés (CNIL), si vous considérez que le traitement de vos données personnelles constitue une violation de la réglementation.

### Autorisez-vous l'ARS à exploiter les données fournies ? \*

- En cochant cette case, vous acceptez que ces données soient traitées par le service Démocratie en santé et gouvernance de l'ARS Hauts-de-France



**Engagement à être disponible en présentiel à la date du jury pour l'audition \***

- En soumettant ce projet, et s'il est présélectionné/recevable, j'engage ma structure à être disponible en présentiel à la date du jury correspondant à mon projet (cf. note de cadrage)

SPECIMEN

