

Label « Démocratie en santé » 2026



CRSA & ARS Hauts-de-France

0000

Formulaire de dépôt de candidatures

Label « Démocratie en santé » 2026

Dépôt des candidatures : 20 mars 2026 → 26 avril 2026

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

Intitulé du projet *

Nom de la structure qui dépose le projet *

Partie A : Identification du projet

Type de structure *

- ☐ Association de malades et d'usagers du système de santé agréées
- ☐ Commune, intercommunalité volontaire ou déjà impliquée dans une dynamique de (démocratie) en santé
- ☐ Acteur du champ de la santé offrant une offre de santé au plus près des besoins des usagers (hôpitaux de proximité, établissements médico-sociaux, structures d'exercice coordonné, associations de prévention, associations de proximité, établissements scolaires et organismes de formation, ...)

Adresse *

Ville *

Code postal *

Nom du référent du projet *

Prénom du référent du projet *

Adresse électronique *

Téléphone *

Période de réalisation du projet (date début) *

___/___/___

Période de réalisation du projet (date fin) *

Avant le 31.12.25

___/___/___

Axe(s) prioritaire(s) du Projet Régional de Santé (PRS) auxquels votre projet correspond *

- ☐ Le développement du pouvoir d'agir en santé des publics prioritaires : jeunes, personnes les plus démunies et éloignées des soins et avant tout, en concordance avec la Grande cause nationale renouvelée en 2026, les personnes concernées par les troubles psychiques et de santé mentale
- ☐ La promotion et le 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, ...)
- ☐ La participation directe et toute action réussissant à aller vers et faire exprimer les citoyens encore non accompagnés par des établissements ou services
- ☐ La prise en compte et valorisation de l'expérience patient dans les parcours, les accompagnements, les formations, les dispositifs et politiques locales

Partie B : État d'achèvement du projet

Date réelle de fin de projet *

Avant le 31.12.25

___/___/___

Le projet s'est-il déroulé comme prévu ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Partie C : Objectifs initiaux vs résultats obtenus

Toutes les actions prévues ont-elles été réalisées ? *

- ☐ oui
- ☐ non

Quels étaient les objectifs initiaux ? *

Les objectifs ont-ils tous été atteints ? *

☐ oui

☐ non

Nombre de bénéficiaires ciblés *

Nombre de bénéficiaires touchés réellement *

Partie D : Impact du projet

Quels changements concrets le projet a-t-il produit ? *

Impact sur le territoire / la structure *

Impact sur les bénéficiaires *

Effets inattendus (positifs ou négatifs) *

Moyens humains (nombre de personnes mobilisées) *

Partie E : Moyens mobilisés

Moyens financiers (budget prévu vs réalisé) *

Moyens matériels *

Partie F : Evaluation qualitative

Points forts du projet *

Difficultés rencontrées *

Solutions mises en place *

Niveau de satisfaction des bénéficiaires *

Partie G : Pérennité et suites du projet

Le projet sera-t-il reconduit ? *

- ☐ oui
- ☐ non
- ☐ en réflexion

Des actions sont-elles prolongées ? *

Recommandations pour l'avenir *

Téléversement de pièces

Pour joindre toute pièce justificative afin de rendre le bilan du projet probant et vérifiable (Rapport final du projet, Photos / vidéos, Supports de communication, Feuilles de présence, Évaluations, questionnaires bénéficiaires, Bilan financier détaillé, ...), veuillez utiliser la fonction de téléversement ci-dessous.

Information sur le traitement des 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.

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 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.

J'autorise 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

Ne communiquez aucun mot de passe via Framafirms.