**Formulaire de l’appel à contributions**

Retrouvez [ici](https://www.fabrique-territoires-sante.org/wp-content/uploads/2024/06/AAC_20240619_VF-3.pdf) l’argumentaire de l’appel à contributions « Santé des femmes et inégalités sociales et territoriales de santé, quelles approches et quelles actions dans les territoires ? »

**Quelles problématiques avez-vous repérées sur votre territoire concernant les enjeux de genre et de santé ? Comment les avez-vous identifiées ?**

**Mettez-vous en place ou avez-vous mis en place des actions et/ ou projets sur la santé des femmes ?**

* Oui
* Non, nous n’avons pas identifié la thématique sur notre territoire
* Non, je ne sais pas comment aborder la question de la santé des femmes
* Je ne sais pas

**Si non, veuillez préciser :**

*Ex :**Est-ce qu’un/d’autres porteurs sur le territoire s’emparent de cette thématique ? Si oui, lesquels ?*

*Est-ce que ce n’est pas dans votre feuille de route ? Est-ce que l’approche « public » est transversale à d’autres actions, et si oui, veuillez préciser lesquelles ?*

# VOTRE PROJET

**À quelle problématique répond votre projet ? Dans quel contexte s’inscrit-elle et par qui a-t-elle été définie ?**

**Sur quels éléments de diagnostic votre projet s’appuie-t-il ?**

**Quel est le public cible et quelles sont ses caractéristiques ?**

**Quels sont les objectifs visés par votre projet ?**

**Pouvez-vous préciser la gouvernance du projet** (Copil, groupe de travail…), **ainsi que les principales compétences mobilisées par l’équipe ?**

**Racontez votre projet : quelles étapes ont été mises en place ?**

*Merci de joindre tout document utile à la présentation de l’action (rapport d’activités, évaluation, contrat local de santé)*

**Quelles stratégies ont été mises en place ?** (*Communication spécialisée*, *actions collectives, formations, participation des personnes concernées…)*

**Avez-pu faire une évaluation de votre projet ?**

 Non, car le projet n’est pas finalisé

 Non, car nous n’avons pas eu cette opportunité

 Oui

 Je ne sais pas

**Si oui, veuillez préciser** **comment** (évaluation de processus, d’impact. Quels principaux résultats ont été identifiées ?)

# TERRITOIRE

**Le territoire de mise en place de l’action est-il :**

* Urbain
* Rural
* Mixte
* Je ne sais pas

**Pouvez-vous préciser les principales caractéristiques de votre territoire / milieu d’intervention ?**

**Le territoire est-il couvert par un contrat de ville ?**

 Oui

 Non

 Ne sait pas

# PARTENAIRES DU PROJET

**Précisez avec quel(s) partenaire(s) travaillez-vous ou avez-vous travaillé ?** *(Associations, autres services de la collectivités…)*

**Ce projet s’inscrit-il dans un dispositif ou une démarche /programme/plan local ou régional préexistant ?**

*> Ici, il pourrait s’agir de* ***projets locaux*** *comme le Plan Alimentaire de Territoire (PAT), le Programme de Réussite Educative (PRE), le Contrat Local de Santé (CLS), l’Atelier Santé Ville (ASV), le Conseil Local en Santé Mentale (CLSM), le Projet Territorial en Santé Mentale (PTSM), la Communauté de Professionnels sur un Territoire de Santé ou autre dispositif (CPTS), Plan Local de l’Urbanisme (PLU)...*

*> Il pourrait aussi s’agir de* ***projets régionaux*** *comme le Programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS)*…

* Oui
* Non
* Je ne sais pas

**Si oui, lesquels ?**

# RESULTATS

**Quels leviers avez-vous identifiés pour la mise en place du projet ?** (*Partenaires, ressources associatives, équipements de santé…)*

**Quelles difficultés avez-vous identifiés ?**

**Par rapport aux objectifs, quels résultats ont été obtenus ?**

**Avez-vous observé des effets inattendus ?**

*(Émergence d’une autre problématique, nouveaux partenaires, etc.)*

**Quelles sont les perspectives pour le projet ?**

*(Poursuite, redéfinition, développement, arrêt)*

**Si un autre territoire souhaitait reproduire votre action, quels conseils lui donneriez-vous ?**

**FICHE-IDENTITÉ DU PROJET**

# PROJET

**Titre du projet**

**Porteur(s)**

**Financements**

**Dates du projet**

**Statut de l’action**

[ ] En cours de conception

[ ] En cours de mise en œuvre

[ ] Achevée

**Nombre de bénéficiaires potentiels :**

# COORDONNNÉES DU PORTEUR PRINCIPAL

**Prénom & Nom**

**Fonction**

**Organisme**

**Courriel**

**Téléphone**

**Acceptez-vous que ces informations soient diffusées sur le site web de Fabrique Territoires Santé ?**

[ ] Oui

[ ] Non

[ ] Sous réserve

**Accepteriez-vous d'être contacté(e) pour un entretien de capitalisation ?**

[ ] Oui

[ ] Non

[ ] Sous réserve