****

**LUTTER CONTRE LES DISCRIMINATIONS POUR RÉDUIRE LES INÉGALITÉS DE SANTÉ :**

**COMMENT FAIRE ?**

**PARTAGEZ VOS ACTIONS LOCALES**

**Vous pouvez compléter la fiche-type ci-dessous afin de présenter votre action dans le cadre de notre nouvel appel à contributions.**

**Pour toute question**, contactez :

Clémentine Motard, chargée de projets : [clementine.motard@fabrique-territoires-sante.org](mailto:clementine.motard@fabrique-territoires-sante.org)

07 78 13 56 37.

**Fiche-action à compléter et envoyer à*:*** [***clementine.motard@fabrique-territoires-sante.org***](mailto:clementine.motard@fabrique-territoires-sante.org)

**VOTRE ACTION**

**À quelle problématique répond votre action ? Dans quel contexte s’inscrit-elle ?**

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

**Racontez votre projet : quelles actions ont été mises en place ? Où ? Quand ? Comment ?**

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

**FICHE-IDENTITÉ DE L’ACTION**

**Porteur de l’action :**

**Territoire d’intervention :**

*(quartier politique de la ville, commune rurale, agglomération, etc.)*

**Cadre(s) d’intervention/politique(s) politique(s) dans lesquels s’inscrivent l’action :**

**Public visé :**

**Partenaires opérationnels :**

**Partenaires financiers :**

**Précisez la gouvernance de l’action :**

*(y a-t-il un comité de pilotage ? un groupe de travail ? si oui, qui les composent ?)*

**RÉSULTATS**

**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 l’action ?**

*(poursuite, redéfinition, développement, arrêt)*

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

*(identifiez les conditions de réussite et les obstacles)*

**TERRITOIRE**

**Votre action s’inscrit-elle dans une dynamique territoriale de santé ?**

Un Atelier Santé Ville

Un contrat local de santé

Un conseil local de santé mentale

Autre (précisez : …………………………………….)

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

Oui

Non

Ne sait pas

**Si oui, votre action s’inscrit-elle dans le contrat de ville ?**

Oui

Non

Ne sait pas

**RESSOURCES**

**Y a-t-il des ressources sur lesquelles vous vous êtes appuyés pour appréhendez la problématique de votre action ?**

*(références bibliographiques, autres expériences locales, réseau d’acteurs, …)*

**COORDONNNÉES**

**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