

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Appel à projets en vue de la sécurisation des établissements de santé en région Grand Est**

Dossier type de candidature

Juin 2019

*Document élaboré sur la base du travail réalisé par l’ARS Ile-de-France*

Contenu

[DOSSIER ADMINISTRATIF 3](file:///V%3A%5CDSP%5CSP2_VEILLE_CRISE%5C6_ZONE%5C3_Planification%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20180619_NE_Z_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2018_GE.docm#_Toc517190762)

[IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET 4](#_Toc517190763)

[IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE DU PROJET 5](#_Toc517190764)

[PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET 6](#_Toc517190765)

[DIALOGUE 6](#_Toc517190766)

[DOSSIER TECHNIQUE 7](file:///V%3A%5CDSP%5CSP2_VEILLE_CRISE%5C6_ZONE%5C3_Planification%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20180619_NE_Z_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2018_GE.docm#_Toc517190767)

 [SECURISATION 8](#_Toc517190768)

[CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE 9](#_Toc517190769)

[AUDIT / DIAGNOSTIC DE SECURITE DE L’ETABLISSEMENT 10](#_Toc517190770)

[DOSSIER PROJET 13](file:///V%3A%5CDSP%5CSP2_VEILLE_CRISE%5C6_ZONE%5C3_Planification%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20180619_NE_Z_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2018_GE.docm#_Toc517190771)

[DESCRIPTION DES MESURES ELIGIBLES A UN ACCOMPAGNEMENT FINANCIER 14](#_Toc517190772)

[FINANCEMENT 25](#_Toc517190773)

# DOSSIER ADMINISTRATIF

## IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

**IDENTIFICATION**

Nom de l’entité juridique 

N° de FINESS de l’entité juridique 

N° de SIRET 

**ADRESSE**

N°  voie 

Code postal  Commune 

**REPRESENTANT LEGAL**

Nom et prénom 

Courriel 

Téléphone 

## IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE DU PROJET

**IDENTIFICATION**

Nom de l’entité géographique 

N° de FINESS de l’entité géographique 

**ADRESSE**

N°  voie 

Code postal  Commune 

**RESPONSABLE PROJET**

Nom et prénom 

Fonction 

Courriel 

Téléphone 

**RESPONSABLE SECURITE**

****

Nom et prénom 

Courriel 

Téléphone 

## PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| # | Nom et prénom | Fonction | Service |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |

*Le nombre de ligne n’est qu’indicatif.*

## DIALOGUE

* Une information en CHSCT du projet de sécurisation de l’établissement a-t-elle été réalisée ?

 



* Le projet a-t-il fait l’objet d’un dialogue avec des partenaires (institutionnels, prestataires, …) ? Si oui lesquels ?





# DOSSIER TECHNIQUE

## AUDIT / DIAGNOSTIC DE SECURITE DE L’ETABLISSEMENT

* Date de l’audit    
* Auditeur











* Synthèse de l’audit



##  SECURISATION

*Conformément à* [*l’instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé*](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf)

* Un plan de sécurisation d’établissement (PSE) est-il validé ?

 



* Des sessions de sensibilisation ou formation des personnels aux problématiques de sécurité/sûreté ont-elles été organisées ?




* Des exercices traitant de la sécurité (hors sécurité incendie) ont-ils déjà été réalisés ?




## CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE

*Conformément au* [*protocole d’accord sur l’amélioration de la sécurité dans les établissements de santé du 10 juin 2010*](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/protocole_accord_amelioration_securite_es_100610.pdf)

* Disposez-vous d’une convention santé-sécurité-justice ?







* La convention santé-sécurité-justice prend-elle en compte le risque attentat ? *(Conformément à* [*l’instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé*](http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2016/16-12/ste_20160012_0000_0061.pdf)*)*




* Description des mesures initiées ou déjà mise en œuvre depuis l’audit

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mesure | Objectif(s) | Date de mise en œuvre |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Afin d’apprécier la pertinence du projet soumis pour un cofinancement au regard de l’audit de sécurité et du projet global de sécurisation, merci de présenter ici les points clefs des mesures techniques ou organisationnelles déjà mises en place (y compris la formation, la communication…) quelle que soit l’origine du financement.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Mesure | Objectif(s) | Date de mise en œuvre |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Le nombre de ligne n’est qu’indicatif** (laisser vides les lignes inutiles ou s’il devait y en avoir plus, joindre le détail dans un document reprenant les items ci-dessous).

# DOSSIER PROJET

## DESCRIPTION DES MESURES ELIGIBLES A UN ACCOMPAGNEMENT FINANCIER

* **Le nombre de mesures est donné à titre purement indicatif**

**(laisser vides les fiches inutiles. S’il devait y en avoir plus, joindre le détail dans un document Word en reprenant la trame type)**

* **Si plusieurs mesures font l’objet de l’appel à projet leur numérotation (de 1 à x) devra correspondre à leur priorité de réalisation**
* **Pour rappel les mesures relatives à la formation ou au recrutement ne rentrent pas dans le cadrage de cet appel à projet et ne seront donc pas prise en compte par le comité de sélection**

**MESURE N°1**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°2**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°3**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°4**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°5**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°6**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°7**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°8**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°9**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

**MESURE N°10**

* Description



* Objectif(s)



* Coût en € (joindre les devis justificatifs)



* Calendrier de mise en œuvre

De (prévisionnel) :  A (prévisionnel) : 

## FINANCEMENT

* Montant total des investissements du projet 
* Montant pris en charge par l’établissement 
* Montant pris en charge par des bailleurs publics 
* Montant pris en charge par des bailleurs privés 
* (y compris partenariat public privé)
* Montant de financement demandé à l’ARS *(≤ à 50% du montant total des investissements éligibles)*

 

**Joindre au présent dossier :**

* **l’ensemble des justificatifs (devis) correspondants aux investissements concernant les mesures éligibles à un accompagnement financier au regard de l’analyse des risques et du diagnostic de sécurité ;**
* **la dernière version validée de votre plan de sécurisation d’établissement (PSE) ;**
* **la copie des conclusions rapport d’audit externe ou de la fiche de liaison de l’autodiagnostic.**

ENVOYEZ CE DOCUMENT ET SES PIECES JOINTES AU PLUS TARD POUR LE 07/10/2019, DELAI DE RIGUEUR

- Sous format électronique à l’adresse suivante :

 ars-grandest-dqpi@ars.sante.fr

- Sous format papier à l’adresse suivante en LRAR :

ARS Grand Est

Département organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

3 boulevard Joffre - CS 80071

54036 NANCY CEDEX