****

**Appel à projets pour l’accompagnement financier à la sécurisation des**

**établissements de santé en Bretagne**

Dossier de candidature

2018

DOSSIER ADMINISTRATIF 3

IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET 4

IDENTIFICATION DU OU DES BENEFICIAIRES DU PROJET 4

DOSSIER TECHNIQUE 5

RESPONSABLE DU PROJET 4

RESPONSABLE SURETE 5

PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET 5

DIALOGUE CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE 6

PLAN DE SECURISATION D’ETABLISSEMENT 7

DOSSIER PROJET……………………………………... 8

DESCRIPTION DES ELEMENTS CLEFS DU PROJET 9

FINANCEMENT 10

**La réalisation de l’analyse des risques, la description et la priorisation des mesures à mettre en œuvre ainsi que la consultation d’une structure étatique ou privée, spécialiste en prévention situationnelle pour la réalisation de ces actions sont des éléments obligatoires pour l’instruction du dossier.**

**Seuls les dossiers renseignés en intégralité et accompagnés de l’ensemble des pièces demandées seront instruits.**



**IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET**

Identification :

Nom de l’entité juridique :

N° FINESS de l’entité juridique :

N° SIRET :

Adresse :

N° : Voie :

Code Postal : Commune :

Représentant légal :

Nom et Prénom : Courriel :

Téléphone :

**IDENTIFICATION DU OU DES BENEFICIAIRES DU PROJET**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de  l’entité  géographique | N° FINESS de  l’entité  géographie | Adresse | | | |
| N° | Voie | Code postal | Commune |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

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

DOSSIER TECHNIQUE

RESPONSABLE DU PROJETNom et Prénom :

Fonction :

Courriel :

Téléphone :

RESPONSABLE SURETE

Cocher si identique au responsable du projet   
Nom et Prénom :

Courriel :

Téléphone :

PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| # | Nom et Prénom | Fonction | Service |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |

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

DIALOGUE

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

 Oui  Non

Date : ***(jj/mm/aaaa)***



Le projet a-t-il fait l’objet d’un dialogue avec d’autres partenaires (institutionnels, prestataires, ...)

 Oui  Non   
Si oui, lesquels ?



CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE

*Conformément au protocole d’accord sur* *l’amélioration de la sécurité dans les établissements de santé du 10 juin 2010*

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

 OUI  Non  En cours d’élaboration

Si OUI :

Date de signature : (jj/mm/aaaa)   
*Document à fournir en pièce jointe* (*dernière version*)

Si en cours d’élaboration, indiquer l’état d’avancement de la convention :

**La convention santé-sécurité-justice prend-elle en compte le risque attentat ?**

*cf. Instruction du 4 novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé)*

 OUI  NON (une mise à jour doit alors être réalisée)

PLAN DE SECURISATION D’ETABLISSEMENT

**Plan de sécurisation d’établissement réalisé :** OUI  NON  En cours d’élaboration

Si OUI :

Date de signature : (jj/mm/aaaa)

*Document à fournir en pièce jointe* (*dernière version*)

Si NON :

**Analyse et hiérarchisation des risques réalisées** OUI  NON  En cours d’élaboration

Si OUI :

Date de signature : (jj/mm/aaaa)   
*Document à fournir en pièce jointe* (*dernière version*)

**Consultation d’une structure étatique ou privée, spécialiste en prévention situationnelle pour la réalisation de l’analyse des risques :**

 OUI  NON  En cours d’élaboration

Si OUI :

Structure Consultée : O Police O Gendarmerie O Autre (préciser l’identité et les coordonnées de la structure) :

Action réalisée : O Consultation O Diagnostic O Audit

Date de réalisation : (jj/mm/aaaa)

*Document à fournir en pièce jointe* (*dernière version*)

DOSSIER PROJET

DESCRIPTION DES ELEMENTS CLEFS DU PROJET

**Identification des points névralgiques réalisée**

Oui

Non

Lister chaque point névralgique et indiquer s’il fait l’objet d’une vidéosurveillance et d’un contrôle d’accès

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Site géographique | Point Névralgique | Fait-il l’objet d’une vidéo surveillance ?  **OUI/NON** | Fait-il l’objet d’un contrôle d’accès ?  **OUI/NON** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**Description des mesures organisationnelles mises en place dans le projet global de sécurisation**

*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 organisationnelles mises en place (y compris la formation, la communication, la gestion des phénomènes de radicalisation...), quelle que soit l’origine du financement.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Site(s) géographique(s) | Nature | Objectif(s) | Date de mise en œuvre ***jj/mm/aaaa*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Description des mesures éligibles à un accompagnement financier au regard de l’analyse des risques et du diagnostic de sureté partagé:** *Moyens d'alerte, moyens de contrôle d'accès, agencement des locaux, vidéo-protection, sécurité des systèmes d'information*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Site(s)  géographique(s) | Intitulé de la mesure | Objectif(s) | Coût en € (joindre les devis  justificatifs) | Echéance de mise en œuvre  jj/mm/aaaa | Priorité de réalisation |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **FINANCEMENT** |  |
| Montant total des investissements du projet ?  C | € |
| Montant pris en charge par l’établissement ? | € |
| Autres financements ? (à préciser) | € |

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 sureté partagé.**

**ENVOYER CE DOCUMENT ET SES PIECES JOINTES A** [**ARS-BRETAGNE-DEFENSE@ARS.SANTE.FR**](mailto:ARS-BRETAGNE-DEFENSE@ARS.SANTE.FR) **AU PLUS TARD LE 15 JANVIER 2019 DELAI DE RIGUEUR**