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

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

**Occitanie**

Dossier type de candidature

Juillet 2018

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

Contenu

[DOSSIER ADMINISTRATIF 3](file:///B%3A%5C3_Plans_Risques_RSI%5C1_Plans%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20170811_NE_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2017_Zone_Est.docx#_Toc490234975)

[IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET 4](#_Toc490234976)

[IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE DU PROJET 5](#_Toc490234977)

[PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET 6](#_Toc490234978)

[DIALOGUE 6](#_Toc490234979)

[DOSSIER TECHNIQUE 7](file:///B%3A%5C3_Plans_Risques_RSI%5C1_Plans%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20170811_NE_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2017_Zone_Est.docx#_Toc490234980)

[CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE 8](#_Toc490234981)

[AUDIT / DIAGNOSTIC DE SECURITE DE L’ETABLISSEMENT 9](#_Toc490234982)

[DOSSIER PROJET 12](file:///B%3A%5C3_Plans_Risques_RSI%5C1_Plans%5C18_PSE%5C5_Financement_Appel_a_Projet%5CPSE_20170811_NE_dossier_appel_%C3%A0_projet_FMESPP_2017_Zone_Est.docx#_Toc490234983)

[DESCRIPTION DES MESURES ELIGIBLES A UN ACCOMPAGNEMENT FINANCIER 13](#_Toc490234984)

[FINANCEMENT 26](#_Toc490234985)

# 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 ou programmée?

 Précisez la date : 



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





CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE

# DOSSIER TECHNIQUE

*(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 ?



*Dans ce cas, joindre une copie de la page de signatures*





* 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)*)*

 

## AUDIT / DIAGNOSTIC DE SECURITE DE L’ETABLISSEMENT

* Date de l’audit    
* Auditeur









* Synthèse de l’audit



* 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 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 elles devront être classées par priorité de réalisation**

**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) : 

***RECAPITULATIF***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de la mesure | Objet (libellé court) | Montant total de la mesure | Aide demandée à l’ARS | Autres aides sollicitées |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

## 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 sous format PDF:**

* **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**
* **le plan d’action pluriannuel élaboré par l’établissement dans le cadre du PSE**

ENVOYER CE DOCUMENT ET SES PIECES JOINTES AU PLUS TARD POUR LE **16 NOVEMBRE 2018**, DELAI DE RIGUEUR, A :

Ars-oc-dsp-crises-sanitaires@ars.sante.fr