**APPEL À PROJET POUR L’ACCOMPAGNEMENT FINANCIER A LA SECURISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE DE MARTINIQUE**

**FMIS 2024**



**Dossier de candidature**

**FMIS SES 2024**

**DOSSIER ADMINISTRATIF** **3**

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET 3**

**IDENTIFICATION DU BENEFICIAIRE DU PROJET 3**

**FINANCEMENT ANTERIEUR** **4**

**DOSSIER TECHNIQUE** **5**

**RESPONSABLE DU PROJET 5**

**RESPONSABLE SURETE 5**

**PRESENTATION DE L’EQUIPE PROJET 5**

**DIALOGUE 6**

**CONVENTION SANTE-SECURITE-JUSTICE 6**

**PLAN DE SECURISATION D’ETABLISSEMENT** 7

**DOSSIER PROJET**……………………………………... **8**

**DESCRIPTION DES ELEMENTS CLEFS DU PROJET 8**

**FINANCEMENT** 10

**Éléments obligatoires pour l’instruction du dossier :**

* La désignation par la direction générale de l’établissement d’un référent sécurité-sûreté ;
* L’existence d’un Plan de Sécurité d’Établissement (PSE) ;
* Une étude de risque tel que décrite dans le chapitre 1 du [guide d’aide à l’élaboration d’un PSE](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_d_aide_a_l_elaboration_du_pse_-_version_avril_2017.pdf) ;
* L’existence d’un audit ou d’un diagnostic de sécurité réalisé en externe par des experts (ex : référents sûreté police / gendarmerie ou société privée certifié) prenant en compte le risque d’attentat et de sur-attentat ;

**Ou**

* La réalisation d’un autodiagnostic (sur la base de l’outil transmis par l’ARS) accompagné :
	+ D’une validation des Forces de Sécurité Intérieure (FSI) sur la pertinence des conclusions et mesures correctives envisagées ;

**Ou**

* + De l’engagement de réalisation d’un audit de sécurité externe sous deux ans (dans ce cas, l’engagement sera notifié dans l’avenant au CPOM).

*Pour rappel, l’audit de sécurité peut faire l’objet d’un financement par les FMIS dans le cadre de cet appel à projet.*

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

**DOSSIER ADMINISTRATIF**

**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 BENEFICIAIRE DU PROJET**

Identification :

Nom de l’entité géographique :

N° FINESS géographique de l’entité :

Adresse :

N° : Voie :

Code Postal : Commune :

**FINANCEMENT ANTERIEUR**

Votre établissement a-t-il déjà bénéficié du même type de financement FMESPP / FMIS relatif à la sécurisation ou autre ?

[ ]  OUI [ ]  NON

SI OUI, merci de préciser :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Année d’attribution | Montant alloué | Mesure(s) financée(s) | Type de financement |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

**DOSSIER TECHNIQUE**

**RESPONSABLE DU PROJET**Nom et Prénom :

Fonction :

Courriel :

Téléphone :

**RESPONSABLE SÉCURITÉ-SÛRETÉ**

[ ]  Cocher si identique au responsable du projet
Nom et Prénom :

Courriel :

Téléphone :

|  |
| --- |
| **PRESENTATION DE L’ÉQUIPE PROJET** |
|  | Nom et Prénom | Fonction | Service |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |

*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 ?**

[ ]  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 TRIPARTITE « SANTE-SECURITE-JUSTICE »**

**Disposez-vous d’une convention santé-sécurité-justice ou d’une convention avec les FSI ?**

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

[ ]  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 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 (PSE)**

**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 :

[ ]  Police [ ]  Gendarmerie [ ]  Autre (préciser l’identité et les coordonnées de la structure) :

Action réalisée : [ ]  Consultation [ ]  Diagnostic [ ]  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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Point Névralgique | Fait-il l’objet d’une vidéo surveillance ?OUI/NON | Fait-il l’objet d’un contrôle d’accès ?OUI/NON |
|  Exemple : Pharmacie |  OUI |  OUI |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |

*Le nombre de lignes n’est qu’indicatif*

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

Afin d’apprécier la pertinence du projet soumis pour un financement 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nature | Objectif(s) | Date de mise en œuvre MM/AAAA |
|  Exemple : Formation | Formation d’un référent SSE pour l’établissement. | 12/2023 |
|   |   |  |
|   |   |  |
|  |  |  |

**Description des mesures éligibles à un accompagnement financier au regard de l’analyse des risques et du diagnostic de sureté partagé :**

* Moyens de contrôle ou de sécurisation des accès (périmétriques, bâtimentaires, badge d’accès personnels, portique de détection de métaux …) ;
* Zonages, clôtures et obstacles retardateurs ;
* Dispositifs de détection d’intrusion (vidéoprotection) ;
* Agencement de locaux répondant à des objectifs de réduction des risques de délinquance ou d’attentat ;
* Dispositifs dissuasifs d’un passage à l’acte, éclairage extérieur, parking, chemin piéton ;
* Moyens d’alerte (exemples : sonorisation, alarmes, talkie-walkie, …);
* Protection de travailleur isolé (exemple : dispositif d’alerte du travailleur isolé (DATI) ;
* Mesures physiques contribuant à la sécurité des systèmes d’information (ex : sécurisation des accès aux locaux hébergeant les serveurs) ;
* Réalisation d’audit sécurité.

Ne seront en revanche pas pris en compte les mesures relatives :

* Au recrutement de personnels ;
* À la formation de personnels ;
* À la sécurité incendie ;
* À la partie « matériels et logiciels » de la sécurité des systèmes d’informations considérant que d’autres sources de financement sont mises en place dans le cadre du SEGUR et de France Relance.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Priorité | Intitulé de la mesure | Objectif(s) | Coût en € joindre les devis (Obligatoire)justificatifs) | Échéance de mise en œuvreAAAA |
| 1 |   |   |  |   |
| 2 |   |   |  |   |
| 3 |   |   |   |   |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

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

Montant de financement demandé à l’ARS ? €

Le niveau de financement alloué par l’ARS dépendra du montant du projet, du nombre de projets retenus, des financements déjà obtenus, etc …

Les réponses doivent parvenir au Service zonal de défense et de sécurité de l’ARS de Martinique le **03/10/2025 au plus tard** :

* Sous format dématérialisé à l’adresse suivant : arszone972-defense@ars.sante.fr, en indiquant [AAP FMIS 2024] en objet + le nom de l’établissement

**Et**

* Sous format papier à l’adresse postale suivante (accusé de réception de la poste faisant foi) :

Agence Régionale de Santé de Martinique

Direction Générale

Service Zonal de Défense et de Sécurité – Zone Antilles

Centre d’Affaires « AGORA » - Zac de l’Etang Z’Abricot

CS 80656 – 97263 Fort-de-France Cedex

La réponse à cet appel à projets doit comporter :

* Le dossier de candidature dument complété ;
* Les pièces annexes demandées (attention, les devis sont obligatoires pour le chiffrage des mesures à financer).

Après la clôture de la fenêtre de réception des réponses, l’instruction des dossiers sera assurée par un comité de sélection interne à l’agence qui soumettra une proposition de répartition des crédits au la Directeur Général de l’ARS Martinique pour validation.

Pour toute question relative à cet appel à projet (éligibilité de votre structure ou d’un site géographique particulier, transmission de la grille d’autodiagnostic…) vous pouvez adresser votre demande à : arszone972-defense@ars.sante.fr en indiquant *[AAP* FMIS 2024] en objet.

Le référent, responsable du traitement, récolte des données personnelles afin de lui permettre le traitement des demandes qui lui sont soumises.
Ce traitement est mis en œuvre dans le cadre de l'exécution d'une mission d'intérêt public, au sens du RGPD.
Le référent est l'unique destinataire du traitement, tenu à une obligation de discrétion et de secret professionnels. Aucune donnée ne sera communiquée à une tierce personne. Aucun transfert de données hors de l'Union européenne n'est réalisé. Ces données sont conservées pendant le traitement de la demande. Si celle-ci est irrecevable, elles sont détruites sans délai. Si la demande est recevable, les données sont détruites ou rendues anonymes dans le délai maximum de deux mois suivant la clôture du dossier. Vous disposez du droit de demander l'accès aux données à caractère personnel vous concernant, la rectification ou la limitation du traitement, ainsi que de vous opposer à la mise en œuvre du traitement.
Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement, vous pouvez contacter le référent. Si vous estimez, après l'avoir contacté, que vos droits informatiques et libertés ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation auprès de la CNIL.