

Démarche : Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

Organisme : Direction de la Veille et de la Sécurité Sanitaires

## Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Etablissement SIRET	<input type="text"/>
Dénomination	<input type="text"/>
Forme juridique	<input type="text"/>

## Formulaire

Dans le cadre de la mise en oeuvre des moyens de sécurisation des établissements de santé, cet appel à projets vise à l'appui financier des structures pour toute mesure d'investissement matériel relevant notamment des domaines suivants :

- Moyens d'alerte ;
- Moyens de contrôle d'accès ;
- Agencement de locaux répondant à des objectifs de réduction des risques de délinquance ou d'attentat ;
- Moyens de vidéoprotection ;
- Moyens techniques permettant la mutualisation des moyens de sécurité (et notamment les moyens d'hyper vision) ;
- Moyens de sécurisation des systèmes d'information.

L'appui s'opérera sous forme d'un co-financement à hauteur maximum de 50% du montant des investissements éligibles.

Conformément à l'annonce du Ministre de la Santé et de la Prévention du 24 mai 2023, il vous appartient de procéder aux réparations ou remplacements d'éventuels dysfonctionnements d'organes contribuant à la sûreté de votre établissement. Ces actions doivent être conduites par votre plan de maintien en condition opérationnelle, financées sur votre budget et non par le biais de cet appel à projets.

### Dossier administratif

#### Identification du porteur de projet

##### Nom de l'entité juridique

##### N° FINESS de l'entité juridique

Le numéro de FINESS doit être composé de 9 chiffres sans espaces.

##### Numéro de SIRET SIRET

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

Dénomination

Forme juridique

Adresse de l'entité juridique

Représentant de l'entité juridique

Nom

Veuillez l'indiquer en majuscules.

Prénom

Email

Numéro de téléphone

Identification du bénéficiaire du projet

Nom de l'entité géographique

N° FINESS de l'entité géographique

Le numéro de FINESS doit être composé de 9 chiffres sans espaces.

Adresse de l'entité géographique

## Eligibilité

Votre établissement a-t-il déjà été lauréat de l'AAP Sécurisation des ES sur une campagne précédente ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Plan de Sécurisation d'Etablissement

Votre établissement dispose-t-il d'un Plan de Sécurisation d'Etablissement ?

Conformément au décret N° 2016-1327 du 6 octobre 2016 relatif à l'organisation de la réponse du système de santé

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

(dispositif « ORSAN ») et au réseau national des cellules d'urgence médico-psychologique pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Quand a-t-il été validé ou mis à jour (date la plus récente) ?**

**Votre PSE comprend :**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Une partie analyse de risque

☐ Une partie mesure de sécurisation en temps normal

☐ Une partie mesure de sécurisation en temps de crise

☐ Une partie formation et exercice

☐ Une partie plan d'action

**Votre PSE décline-t-il les mesures socles Vigipirate vous concernant :**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Domaine "ALR"

☐ Domaine "RSB"

☐ Domaine "BAT"

☐ Domaine "IMD"

☐ Domaine "CYB"

☐ Domaine "SAN"

**Votre PSE décline-t-il les mesures additionnelles Vigipirate vous concernant :**

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Domaine "ALR"

☐ Domaine "RSB"

☐ Domaine "BAT"

☐ Domaine "IMD"

☐ Domaine "CYB"

☐ Domaine "SAN"

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Veuillez joindre une copie de votre PSE

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : PSE\_nomdel'établissement.pdf

**Pourquoi ?**

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

### Audit ou diagnostic de sûreté / sécurité de l'établissement

L'audit ou le diagnostic de sûreté / sécurité est considéré valable que s'il n'y a pas eu de changement majeur (d'environnement, bâtementaire ou technologique) depuis sa réalisation.

### Avez-vous réalisé un audit ou un diagnostic de sûreté / sécurité (interne ou externe) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Quand a-t-il été effectué ?

L'audit ou le diagnostic de sûreté / sécurité est considéré valable que s'il n'y a pas eu de changement majeur (d'environnement, bâtementaire ou technologique) depuis sa réalisation.

### Par qui a-t-il été réalisé ?

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Police nationale

☐ Gendarmerie nationale

☐ Auto-diagnostic

☐ Prestataire

### Veuillez préciser le nom du prestataire

### Synthèse de l'audit ou du diagnostic

### Action(s) initiée(s) ou déjà mise(s) en œuvre depuis l'audit ou le diagnostic

Action (nature et date de mise en œuvre)

### Objectif de l'action

### Action (nature et date de mise en œuvre)

### Objectif de l'action

# Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

Action (nature et date de mise en œuvre)

## Objectif de l'action

## Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Veuillez joindre votre audit ou diagnostic de sûreté / sécurité

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : Audit\_de\_sûreté\_nomdel'établissement.pdf

## Pourquoi ?

## Dossier projet

### Pour quel(s) type(s) de projet(s) candidatez-vous ?

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

- ☐ Moyens d'alerte
- ☐ Moyens de contrôle d'accès
- ☐ Agencement de locaux répondant à des objectifs de réduction des risques de délinquance ou d'attentat
- ☐ Moyens de vidéoprotection
- ☐ Moyens de sécurisation des systèmes d'information
- ☐ Moyens techniques permettant la mutualisation des moyens de sécurité (et notamment les moyens d'hyper vision)

## Responsable de projet

### Nom

Veuillez l'indiquer en majuscules.

### Prénom

### Fonction

### Email

### Numéro de téléphone

## Responsable sécurité

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

**Le responsable sécurité est-il identique au responsable projet ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Nom**

Veuillez l'indiquer en majuscules.

**Prénom**

**Email**

**Numéro de téléphone**

**Equipe projet**

**Présentation de l'équipe projet**

**NOM Prénom**

**Fonction**

**Service**

**NOM Prénom**

**Fonction**

**Service**

**NOM Prénom**

**Fonction**

**Service**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Description des éléments clés du projet global de sécurisation

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

Afin d'apprécier la pertinence du projet soumis pour un cofinancement au regard de l'audit ou du diagnostic de sûreté / sécurité et du projet global de sécurisation, merci de présenter dans le document joint les points clés du projet global (y compris la formation, la communication, la gestion des phénomènes de radicalisation) quelle que soit l'origine du financement.

**En quoi ce projet global s'inscrit-il dans une démarche de sécurisation globale et cohérente ?**

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

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Détail des actions présentées

Pour chaque action que vous souhaitez ajouter à votre dossier, cliquez sur "+ Ajouter un élément pour "Action"". Vous pouvez ajouter autant d'actions que nécessaire.

#### Action

##### Type d'action

Les types d'action proposées sont définies comme suit :

- Contrôle d'accès : contrôle d'accès électronique, interphonie, visiophonie, portails, clôtures avec ou sans barreaudage, ...

- Vidéoprotection : caméras, câblages, serveurs, logiciels de vidéosurveillance, ...

- Alerte et confinement : PPMS, SAS sécurisé, RAMSES, ...

- Sécurité des systèmes d'informations : VPN, pare-feu, ...

- Autres : voiries, éclairages, ...

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Contrôle d'accès

☐ Vidéoprotection

☐ Alerte et confinement

☐ Sécurité des systèmes d'informations

☐ Autres

#### Nom de l'action

**Cette action répond-elle aux conclusions de l'audit ou du diagnostic de sûreté / sécurité ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

#### Description détaillée de l'action

#### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre de l'action

Merci d'indiquer les dates prévisionnelles de mise en œuvre (de mois/année à mois/année)

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

### Moyens mis en œuvre dans l'action

Moyens humains, matériels, financiers etc.

### Cette action présente-t-elle des risques ? Veuillez préciser.

### Résultats attendus de l'action

### Détails des coûts et du financement de l'action

### Montant total TTC de l'action

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Veuillez joindre le(s) devis justificatif(s) pour cette action

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : ActionX\_devis\_nomdel'établissement.pdf

### Type d'action

Les types d'action proposées sont définies comme suit :

- Contrôle d'accès : contrôle d'accès électronique, interphonie, visiophonie, portails, clôtures avec ou sans barreaudage, ...
- Vidéoprotection : caméras, câblages, serveurs, logiciels de vidéosurveillance, ...
- Alerte et confinement : PPMS, SAS sécurisé, RAMSES, ...
- Sécurité des systèmes d'informations : VPN, pare-feu, ...
- Autres : voiries, éclairages, ...

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Contrôle d'accès

☐ Vidéoprotection

☐ Alerte et confinement

☐ Sécurité des systèmes d'informations

☐ Autres

### Nom de l'action

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

### Cette action répond-elle aux conclusions de l'audit ou du diagnostic de sûreté / sécurité ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Description détaillée de l'action

### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre de l'action

Merci d'indiquer les dates prévisionnelles de mise en œuvre (de mois/année à mois/année)

### Moyens mis en œuvre dans l'action

Moyens humains, matériels, financiers etc.

### Cette action présente-t-elle des risques ? Veuillez préciser.

### Résultats attendus de l'action

### Détails des coûts et du financement de l'action

### Montant total TTC de l'action

### Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Veuillez joindre le(s) devis justificatif(s) pour cette action

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : ActionX\_devis\_nomdel'établissement.pdf

### Type d'action

Les types d'action proposées sont définies comme suit :

- Contrôle d'accès : contrôle d'accès électronique, interphonie, visiophonie, portails, clôtures avec ou sans barreaudage,

...

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

- Vidéoprotection : caméras, câblages, serveurs, logiciels de vidéosurveillance, ...

- Alerte et confinement : PPMS, SAS sécurisé, RAMSES, ...

- Sécurité des systèmes d'informations : VPN, pare-feu, ...

- Autres : voiries, éclairages, ...

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Contrôle d'accès

☐ Vidéoprotection

☐ Alerte et confinement

☐ Sécurité des systèmes d'informations

☐ Autres

### Nom de l'action

### Cette action répond-elle aux conclusions de l'audit ou du diagnostic de sûreté / sécurité ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Description détaillée de l'action

### Calendrier prévisionnel de mise en œuvre de l'action

Merci d'indiquer les dates prévisionnelles de mise en œuvre (de mois/année à mois/année)

### Moyens mis en œuvre dans l'action

Moyens humains, matériels, financiers etc.

### Cette action présente-t-elle des risques ? Veuillez préciser.

### Résultats attendus de l'action

### Détails des coûts et du financement de l'action

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

**Montant total TTC de l'action**

**Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Veuillez joindre le(s) devis justificatif(s) pour cette action

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : ActionX\_devis\_nomdel'établissement.pdf

## Dossier financier

**Montant total des investissements du projet (TTC)**

**Montant pris en charge par l'établissement (TTC)**

**Montant pris en charge par des bailleurs publics (TTC)**

**Montant pris en charge par des bailleurs privés (TTC)**

Cela comprend également un partenariat public privé

**Montant du financement demandé à l'ARS**

Pour rappel, la demande de financement à l'ARS doit être inférieure ou égale à 50% du montant total des investissements éligibles.

## Dispositif de sûreté / sécurité du site

**Les installations critiques (PUI, centrale oxygène, groupe électrogène, blocs opératoires...) font-elles l'objet d'un contrôle d'accès ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Les zones réservées aux personnels font-elles toutes l'objet d'un contrôle d'accès ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Les différents services ou unités de soins font-ils l'objet d'un contrôle d'accès ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

**Disposez-vous d'un système de vidéoprotection ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐

# Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

## **Veillez préciser**

Nombre de caméras, types de caméras etc.

## **Votre site est-il équipé d'un système de détection d'intrusion ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **Disposez-vous d'un système de supervision ou d'hypervision ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **Veillez préciser le nom de votre système de supervision ou d'hypervision**

## **Un parking à l'intérieur du site est-il disponible pour le personnel ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **Ce parking est-il équipé de moyens de sécurité ?**

Contrôle d'accès, vidéoprotection, ...

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **Un parking à l'intérieur du site est-il disponible pour le public ?**

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **Ce parking est-il équipé de moyens de sécurité ?**

Contrôle d'accès, vidéoprotection, ...

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

## **L'établissement dans le système de santé francilien**

### **Votre établissement est-il un trauma-center (TC) ?**

Cochez la mention applicable

☐

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

☐ Non

### Votre établissement est-il un établissement de santé de référence régionale (ESRR) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Quelle est sa spécialité ?

### Votre établissement est-il un Hôpital d'Instruction des Armées (HIA) ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Quel est le niveau de catégorisation de votre établissement dans le plan ORSAN AMAVI ?

### Quel est le niveau de catégorisation de votre établissement dans le plan ORSAN NRC ?

### L'établissement dispose-t-il d'une plateforme SAMU avec centre de régulation des appels ?

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### Veuillez préciser

## Promotion de la thématique sécurisation des établissements de santé

### Votre établissement dispose-t-il d'une convention santé-sécurité-justice (CSSJ) signée ?

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

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Oui

☐ Non

☐ En cours d'élaboration

### Veuillez préciser la date de signature de la convention

### Veuillez nous indiquer vos contacts

Merci d'indiquer Nom, Prénom et courriel de vos contacts :

- Préfecture
- Police nationale ou gendarmerie nationale
- Parquet

## Appel à projets sécurisation des établissements de santé - ARS IDF

### **La convention ou le projet de convention santé-sécurité-justice prend-elle en compte le risque attentat ?**

Si votre convention ne prend pas en compte le risque attentat, une mise à jour doit être réalisée conformément à l'instruction du novembre 2016 relative aux mesures de sécurisation dans les établissements de santé.

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

### **Pièce justificative à joindre en complément du dossier**

☐ Veuillez joindre une copie de votre CSSJ

Veuillez nommer la pièce jointe comme suit : Convention\_SSJ\_nomdel'établissement.pdf