



# **CAHIER DES CHARGES** **SÛRETÉ, SÉCURITÉ** **ET SENSIBILISATION** **AUX RISQUES TERRORISTES**



## **1 - IDENTIFICATION DE L'ÉTABLISSEMENT**

Nom : **CENTRE HOSPITALIER LOUIS PASTEUR (CHLP)**

Statut juridique : Fonction Publique Hospitalière

Adresse : 73, avenue Léon Jouhaux - CS 20079 - 39108 DOLE CEDEX

☎ : 03-84-79-80-21

Responsables de l'organisation de la formation :

- Madame OLARD - DRH
- Madame INOT - Responsable Service Formation
- Madame COUTENET - Assistante de Formation

## **2 - PRÉSENTATION**

Le CHLP propose une offre de soins organisée en 5 pôles d'activité :

- Médecine,
- Urgences et soins intensifs
- Femmes / Mères / Enfants et Chirurgie
- Gériatrie et MPR
- Prestataires Médico-Techniques.

Il dispose de 435 lits et emploie 1 000 agents. Plus d'informations sur <http://www.ch-dole.fr/>

## **3 - CONTEXTE**

L'établissement a travaillé sur un plan de sécurisation de l'établissement l'année dernière. Toutefois, les agents ne sont pas encore sensibilisés sur le sujet. L'établissement souhaite promouvoir une culture sécurité auprès des professionnels.

## **4 - OBJECTIFS**

- Connaître les risques d'intrusion et la menace terroriste en milieu de santé ;
- Développer une culture de sécurité avec les notions Vigilance, Prévention, Réaction ;
- S'approprier les moyens d'alertes et les conduites à tenir face à un danger ;
- Maîtriser les bons réflexes et les réactions appropriées avec les patients et usagers ;
- Maîtriser les bons réflexes et les réactions appropriées face à une intrusion.

## **5 - OUTILS ET MÉTHODE PÉDAGOGIQUE**

Formation participative.

## **6 - PUBLIC CONCERNÉ**

Tous les agents de l'établissement.

## **7 - DURÉE / DATES**

- Durée de la formation : **1 jour**, soit **7 heures** ou un ½ journée soit 03 h 30,
- Un groupe de 12 agents,
- Dates à proposer à partir de **novembre 2025**.

## **8 - MOYENS POUVANT ÊTRE MIS À DISPOSITION**

- Une salle de formation,
- Un vidéoprojecteur,
- Un ordinateur portable,
- Un paperboard.

## **9 - ÉVALUATION ET COMPTE-RENDU**

À l'issue de la formation, les stagiaires compléteront un questionnaire de satisfaction mis à disposition par le Centre Hospitalier Louis Pasteur.

## **10 - PRÉREQUIS DE L'ORGANISME ET DU FORMATEUR**

L'organisme devra obligatoirement posséder un numéro d'activité en cours de validité et **être référencé Datadock et/ou Qualiopi (joindre le certificat)**.

Joindre impérativement le CV du formateur.

Il n'est pas nécessaire de joindre, de dossier descriptif de votre organisme (nous vous solliciterons ultérieurement si nécessaire). Votre proposition ne doit excéder 8 pages en recto verso.

## **11 - PRÉSENTATION DE LA PROPOSITION**

La proposition devra être présentée **sous forme de tableau** :

- Colonne 1 : répartition du temps,
- Colonne 2 : objectifs.
- Colonne 3 : contenu détaillé,
- Colonne 4 : méthodes, support et outils pédagogiques.

## **12 - OFFRE FINANCIÈRE**

**La proposition finale devra obligatoirement être formulée Toutes Taxes Comprises.**

Elle devra mentionner la part réservée aux frais pédagogiques mais également le montant des frais de déplacement s'il y a lieu.

## **13 - DÉLAI DE RÉPONSE**

Réponse attendue pour le **31/07/2025**.

## **14 - ADRESSE POUR RÉPONSE**

CH Louis Pasteur  
Service Formation Continue  
73, avenue Léon Jouhaux  
CS 20079  
39108 DOLE CEDEX  
Mail : [coutenet.nicole@ch-dole.fr](mailto:coutenet.nicole@ch-dole.fr)