ELEMENTS TECHNIQUES – CENTRE HOSPITALIER – RESPONSABILITE CIVILE

IMPORTANT : Les réponses apportées au présent questionnaire reflètent la situation à la date de l’établissement du cahier des charges et ne présagent pas de la situation à venir. Elles ont pour but d’éclairer l’assureur sur les risques présentés par le souscripteur et en faciliter l’appréciation. L’assureur pourra demander chaque année au souscripteur l’actualisation du présent questionnaire à sa seule diligence.

NOM du souscripteur : **Centre Hospitalier du Lude**

N° SIREN : 267200202

Adresse administrative : 93 rue de l’Hôpital 72800 LE LUDE

|  |
| --- |
| Etablissements Secondaires (nom et adresse) : |

Nombre de membres du Conseil d’administration :

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **10**

- Intégration de structures autonomes distinctes à l’étude (**groupement de commandes**) :  **OUI** / x **NON**

# 1 / RENSEIGNEMENT DIVERS

- Superficie des terrains non bâtis *(réserves foncières)*, plans d’eau, vignes, bois: **OUI** / **☒ NON**

|  |
| --- |
| Si oui détailler (nature, surface, mode de gestion…) : |

- Programme des travaux / construction sur année en cours + les 3 prochaines années si opération > 800 000 € :

|  |
| --- |
| Détail sur les opérations prévues ou joindre la programmation : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | N-1(données définitives 2024) | N (prévisionnel en cours) |
| Budget principal : | **5 041 012.86 €** | **4 864 585 €** |
| Budgets annexes : | **USLD : 1 799 902.47 €** | **1 534 490.32 €** |
| **EHPAD : 3 992 615.40 €** | **3 818 388 €** |
| **DNA : 78 542.74 €** | **57 220 €** |
| **TOTAL** | **10 912 073.47 €** | **10 274 683.32 €** |

(1) *Par produits figurant dans l’EPRD, on entend l’ensemble des produits des comptes de résultants principal et annexes relatifs à l’exercice en cours,* ***déduction faite de toutes les écritures d’ordres (subventions d’équilibres et cessions inter-budgets).*** *Préciser la nature des divers budgets annexes et indiquer pour chacun d’eux ses produits, à l’exception de ceux déjà comptabilité dans le budget général.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BUDGET INVESTISSEMENT | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
|  | **117 209.80 €** | **342 943 €** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **3 859 340.68 €**  **1 177 495.54 €** | **4 099 129.02 €**  **1 272 968.25 €** |
| **Compte 642 :** | **282 062.28 €** | **298 169.41 €** |

- **Effectif total** de l’établissement : **(effectif réel)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| 1 | 1 | 2 |  |  |  |  |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| 4 | 100 | 1 | 14 |  |  |  |

# 2 – ACTIVITES :

1. NOMBRE D'ENTREES N-1 : SMR - 189

USLD - 12

EHPAD – 16

UPAD – 8

Hébergement Temporaire - 10

y compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après)

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : SMR - 8 692 jours

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : USLD – 7 019 jours

EHPAD – 20 433 jours

UPAD – 4 956 jours

Hébergement Temporaire – 895 jours

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 :

NOMBRE D’ACTES :

|  |
| --- |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS QUANTITATIFS (passages en chirurgie ambulatoire, HAD…) |

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  SMR : 94.97 % USLD : 95.98 % EHPAD : 98.938 % UPAD : 97.83 % Héberg Temp : 82.06 % |

L’établissement est-il centre de référence :

* Pour les naissances :  **OUI** / **☒ NON**

* Pour la traumatologie à haut risques :  **OUI** / **☒ NON**

**Experimentation et recherches biomedicales :**  **OUI** / **☒ NON : si oui, un questionnaire spécifique vous sera transmis.**

**CAPACITE DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégorie dans laquelle est classé l’établissement | Nombre de lits et / ou de places autorisés | Nombre de lits et / ou de places ouverts | Budget N-1 |
| Surveillance continue médecine |  |  |  |
| Département médecine |  |  |  |
| Hôpital de jour Médecine |  |  |  |
| ZHTCD |  |  |  |
| Gynécologie-Obstétrique (1) |  |  |  |
| Précisez le nombre de naissances N-1 : | |  |
| Hôpital de jour GOBST |  |  |  |
| Psychiatrie |  |  |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé | 14 |  |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 60 |  |  |
| S.S.I.A.D. |  |  |  |
| smr | 40 |  |  |
| usld | 20 |  |  |
| **TOTAL** | 134 |  |  |

**SPECIFICITES :**

Transplantation d’organe / greffe de moelle osseuse

Traitement des grands brûlés

Neurochirurgie

Accueil et traitement des urgences : nombre de passages par an :

Réanimation

Radiothérapie

Chimiothérapie

Néonatologie

Traitement de l’insuffisance rénale

Procréation médicalement assistée

Réadaptation fonctionnelle

Chirurgie esthétique (non réparatrice)

Diagnostic ante – natal

Autres (à préciser) :

|  |
| --- |
| Nombre de blocs (détails / salles / nombre d’interventions) : |

Présence 24h / 24 h ou disponibilité sur site dans les 30 minutes :

* d’un anesthésiste :  **OUI** / **☒ NON**
* d’un obstétricien :  **OUI** / **☒ NON**

# 3 – PRESTATIONS TECHNIQUES :

**Indiquer les éléments de quantification / Mentionner si exercé pour compte de tiers et détailler (joindre convention – indiquer recettes) ou si sous-traitance.**

**RADIOLOGIE / IMAGERIE** (détailler techniques et examens) :

Radiologie conventionnelle :

Scanner :

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** / **☒NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :

**STERILISATION -** Description de l’activité :

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** / **☒ NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :

**LABORATOIRE -** Description de l’activité :

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** / **☒ NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :

**BLANCHISSERIE -** Description de l’activité :

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** / **☒ NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :32442€ à l'année

Sous-traitance - **☒ OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : Location à l'EHPAD de PONTVALLAIN depuis l'été 2023.

**RESTAURATION -** Description de l’activité :

Prestations pour compte de tiers - **☒ OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) : école du lude (préparation des repas, sans livraison) école du Lude : 19 511 repas soit 102 432.75 €

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :

**DESTRUCTION DE DECHETS HOSPITALIERS -** Description de l’activité :

Existe t-il une installation d’incinération :  **OUI** / **☒ NON**

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** / **☒ NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :

Sous-traitance - **☒ OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : DASRI via véolia1 fois par mois : 4314.13 € TTC

**AUTRES PRESTATIONS TECHNIQUES** (informatique, transport, fourniture d’énergie…)

Pour propre compte :

Pour compte de tiers :

# 4 – PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

Nature des prestations :

Préparation de produits :  **OUI** / **☒ NON**

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :

Sous-traitance - **☒OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : pui montval/ le lude fusionnée et physiquement sur le site de montval depuis 03/2023PUI montval/ le lude : 76 811.19 € TTC

# 5 – USAGE RADIOACTIVITE :

⦁ L’établissement utilise-t-il ou détient-il des sources et/ou appareils générateurs de rayonnements ionisants dans le cadre de ses activités professionnelles :  **OUI** / **☒ NON – Si oui questionnaire risques sources de rayonnements à compléter (un par site).**

⦁ Si oui, les substances / sources radioactives entraînent–elles :

* un régime d’autorisation ou d’enregistrement au titre de la réglementation des installations classées pour l’environnement (articles L 512-1 à L 512-7-7 du Code de l’environnement : **OUI** /  **NON**
* un régime d’autorisation au titre de la réglementation relative à la prévention des risques sanitaires liés à l’environnement et au travail (article R 1333-23 à R 1323-37 Code de la santé publique) : **OUI** /  **NON**

**Médecine nucléaire (détailler) :**  **OUI** / **☒ NON**

# 6 – SAMU / SMUR :

Budget :

Facturation vers prestataires externes (N-1) :

Effectifs (détailler) : Urgentistes / IADE / ambulanciers

Nombre d’équipes **en simultané** et composition des équipes :

Nombre de véhicules :

Nombre de sorties à l’année : Primaires : - Secondaires :

Utilisation de moyens aériens :  **OUI** /  **NON**

Présence hélisurface sur emprise C.H. :  **OUI** /  **NON - joindre autorisation / arrêté**

Présence hélistation sur emprise C.H. :  **OUI** /  **NON - joindre autorisation / arrêté**

Présence de moyens aériens en permanence :  **OUI** /  **NON**

Propriété des aéronefs (joindre convention) :

Centre de traitement des appels 15 :  **OUI** /  **NON**

Présence de médecins libéraux (détailler – joindre convention avec association) :  **OUI** /  **NON**

**Présence de médecins correspondants SAMU :**  **OUI** /  **NON** (si oui joindre convention)

Si oui : nombre : / nombre d’interventions / an :

Autres activités / conventions impactant l’activité (exemple convention S.D.I.S….) :

# 7 – EQUIPEMENTS I.C.P.E. :

Présence d’équipements / activités entrant de la cadre de la réglementation des installations classées pour la protection de l’environnement :  **OUI** / **☒ NON** – Si oui merci de préciser :

Nature de l’installation classée :

Classement :

**Déclaration**

**Autorisation / enregistrement** – si oui compléter questionnaire risques d'atteintes à l'environnement (un par site).

# 8 – FORMATIONS :

Présence d’activités de formation :  **OUI** / **☒ NON** - Budget :

I.F.S.I. (détailler) :  **OUI** / **☒NON – si oui détailler**

Formation paramédicale :  **OUI** / **☒ NON – si oui détailler**

Ecole de Sages Femmes :  **OUI** / **☒ NON – si oui détailler**

Autres prestations / activités :

# 9 – ASSURANCE POUR COMPTE :

**GERANCE DE TUTELLES / CURATELLES** (mesures de protection familiales et extra-familiales) : **OUI** / **☒ NON**

Si oui, nombre de mesures :

Actifs gérés : €

ASSURANCE POUR COMPTE DE PERSONNES PHYSIQUES : **☒ OUI** /  **NON**

Si oui, nombre de personnes concernées et qualité (maison de retraite, personnes placées, curatelle, tutelle…) :

Pensionnaires de l’EHPAD, USLD et Foyer de vie : **☒OUI** /  **NON**

Placements déficients mentaux :  **OUI** /  **NON**

Placements familiaux mineurs :  **OUI** /  **NON**

Placements de toxicomanes :  **OUI** /  **NON**

Autres :

Certaines associations / bénévoles doivent-elles être intégrées dans le périmètre du contrat :  **OUI** /  **NON**

Si OUI lesquelles (nom / activités) :

Le C.O.S. / amicale du personnel doivent-elles être intégrées dans le périmètre du contrat :  **OUI** /  **NON**

Si OUI préciser (nombre de membres, activités, budget…) :

# 10 – ACTIVITES DIVERSES :

**MISSIONS SPECIFIQUES :**

- personnel affecté au prélèvement et transport d’organes / moelle osseuse / sang / transport de médicaments :  **OUI** / **☒ NON**

Effectifs (détailler) :

Equivalent temps plein sur N-1 :

Nombre d’équipes en simultané et composition des équipes :

- personnel affecté aux missions pénitentiaires :  **OUI** / **☒ NON**

Equivalent temps plein sur N-1 :

Nombre d’équipes en simultané et composition des équipes :

- Détention des fauteuils mobilité réduite automoteurs : **OUI** / **☒** **NON** si oui nombre :

- Organisation d’exposition :  **OUI** / **☒ NON** – Si oui (nombre, nature, lieux, valeur) : JOINDRE PROGRAMME

- Organisation de sorties extérieures : **☒OUI** /  **NON** – Si oui (nombre, nature, moyens utilisés) : service animation 5/an: marché, zoo,mer (vehicule pour handicapé)

- Présence / usage d’animaux vivants : x **OUI** /  **NON** – si oui :

* Préciser : médiation animale via un prestataire avec un chien (PASA) et présence de poules appartenant à l'établissement (jardin du PASA) + 1 chat en upad
* Les animaux sont-ils intégrés dans le parcours de soins : x **OUI** /  **NON**

# 11 – GESTION DES RISQUES :

**Accréditation / Certification HAS « Haute Autorisé de Santé » : x OUI** /  **NON**

A quelle date ?

La certification s’est déroulée du 23 au 25 mai 2023.

L’établissement a obtenu la certification en septembre 2023.

Quelles appréciations ont été émises par le collège d’accréditation ?

**Existe t-il un qualiticien : ☒ OUI** /  **NON**

**Existe t-il un programme rédigé de démarche de gestion de la qualité et des risques : ☒ OUI** /  **NON**

**C.H.S.C.T. : CSE**

* Fréquence des réunions : 1/TRIM:4
* Date du dernier compte rendu : 12/2024

**Conférence médicale :**

* Fréquence des réunions :
* Date du dernier compte rendu :

**Lutte contre les infections nosocomiales : CLIN**

* Existe-t’il des procédures écrites ?OUI
* Nombre d’incidents signalés par an :

**Hémovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ?
* Nombre d’incidents signalés par an :

**Pharmacovigilance : TRAVAIL EN DIRECTION COMMUN AVEC MONTVAL**

* Existe-t’il des procédures écrites ?
* Nombre d’incidents signalés par an :

**Matériovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ?
* Nombre d’incidents signalés par an :