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 PAUL CHAPRON**

N° SIREN : 26720104400018

Adresse administrative : 56 AVENUE PIERRE BRULE 72400 LA FERTE-BERNARD

|  |
| --- |
| Etablissements Secondaires (nom et adresse) :  EHPAD Paul Chapron 56 avenue Pierre Brûlé 72400 LA FERTE-BERNARD  EHPAD Saint Julien 13 avenue de la république 72400 LA FERTE-BERNARD  Centre Lesiour Soulbieu rue Albert Camus 72400 LA FERTE-BERNARD |

Nombre de membres du Conseil d’administration :

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **8**

- Intégration de structures autonomes distinctes à l’étude (**groupement de commandes**) :  **OUI** /  **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…) :  Terrain sur la commune de Villaines la Gosnais : 56 769 m² Fermage en cours  Terrain commune Cherré-au : 11 292 m²  Terrain à coté du CLS parcelle ZC101 88,7 m² |

- 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 :  Sous réserve de financement création d’un nouvel EHPAD pour regrouper les deux EHPAD actuelles (SAINT JULIEN et PAUL CHAPRON) sur un seul et même site. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | N-1 (CF 2024) | N (EPRD 2025) |
| Budget principal : | **19 916 089,79 (compte 7087 – Rbt BA déduit)** | **21 951 735 (compte 7087 – Rbt BA déduit)** |
| Budgets annexes : | **9 133 254,66 (EHPAD)** | **9 000 108,86 (EHPAD)** |
| **2 252 220,71 (FAM)** | **2 221 418,39 (FAM)** |
| **2 221 857,13 (MAS)** | **1 910 304,05 (MAS)** |
| **TOTAL** | **33 523 422,29** | **35 083 566,30** |

(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) |
|  | **1 593 471,00** | **1 148 318,70** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **13 831 324,60**  **1 017 957,44** | **14 281 004,33**  **921 616,02** |
| **Compte 642 :** | **1 845 346,15** | **1 887 403,46** |

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

*239,62 ETP au 31/12/2024 pour personnel non-médical*

*17,82 ETP au 31/12/2024 pour personnel médical*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Contractuels |
| 7.78 |  | 4.45 |  | 5.28 | 0.16 |  |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| 40.50 | 137.18 | 12.66 | 49.22 |  |  |  |

# 2 – ACTIVITES :

NOMBRE D'ENTREES N-1 : 2374 RUM MCOy compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après) + 247 séjours SMR (il s’agit d’un nombre de passage et non pas un nombre d’entrées).

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : 12760 journées brutes PMSI

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : 73 936

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 : 19101

NOMBRE D’ACTES : 36792 (hors imagerie)

|  |
| --- |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS QUANTITATIFS (passages en chirurgie ambulatoire, HAD…)  *Nombre de passage en chirurgie ambulatoire = 620*  *Nombre de passages aux urgences = 4768* |

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  Médecine 92,20 %  Chirurgie 44,38 %  SSR 92,71 % |

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 | 40 | 34 |  |
| Hôpital de jour Médecine | 4 | 4 |  |
| ZHTCD | 3 | 4 |  |
| Gynécologie-Obstétrique (1) |  |  |  |
| Précisez le nombre de naissances N-1 : | |  |
| Hôpital de jour GOBST |  |  |  |
| Psychiatrie |  |  |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé |  |  |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 175 | 175 |  |
| S.S.I.A.D. |  |  |  |
| Si autre préciser : MAS/FAM | 45 | 45 |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** | 267 | 262 |  |

**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) :  *Détail : orthopédie, digestif, viscéral, urologie, ORL, ophtalmologie, dentaire, infiltration, endoscopie*  *3 salles*  *Nombre d’interventions : 620 en 2023 / 770 en 2024* |

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

* d’un anesthésiste :  **OUI** /  **NON 🡪 PAS D’ASTREINTE LE WEEK-END**
* 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 : 8945 (hors échographie)

Scanner : 7092

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) :

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

**RESTAURATION -** 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) :

**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) :

**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) :

# 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 : NON CONCERNE

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….) :

Equipe ParaMédicale d’Urgence en fonctionnement 7h/7 – 24h/24

# 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) :

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

* Préciser :
* Les animaux sont-ils intégrés dans le parcours de soins :  **OUI** /  **NON**

# 11 – GESTION DES RISQUES :

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

A quelle date ? Du 3 au 6 décembre 2024

Quelles appréciations ont été émises par le collège d’accréditation ? En attente du rapport définitif

**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. :**

* Fréquence des réunions : 4 par an
* Date du dernier compte rendu : 28/11/2024

**Conférence médicale :**

* Fréquence des réunions : 4 par an
* Date du dernier compte rendu : 10/12/2024

**MELINA**

**Lutte contre les infections nosocomiales :**

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

**Hémovigilance :**

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

**Pharmacovigilance :**

* 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 :

# 12 – ANTECEDENTS :

**Rappel : pour la responsabilité civile de l’établissement, Il convient de compléter le questionnaire spécifique pour tout sinistre dont le montant est supérieur à 50 000 €.**

Evènements affectant les personnels du souscripteur :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Evènements affectant les personnels et élus du souscripteur | MISE EN EXAMEN | DIFFAMATION | AGRESSIONS  avec arrêt de travail | AGRESSIONS  sans arrêt de travail | MENACES / INJURES  sans arrêt de travail | MENACES / INJURES  avec arrêt de travail |
| **Année en cours** | | | | | | |
| Nb dépôts de plainte |  |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat |  |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-1** | | | | | | |
| Nb dépôts de plainte |  |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat |  |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-2** | | | | | | |
| Nb dépôts de plainte |  |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat |  |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* |  |  |  |  |  |  |
| **Année N-3** | | | | | | |
| Nb dépôts de plainte |  |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat |  |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* |  |  |  |  |  |  |

(\*) – Intervention en cas d’insolvabilité de l’auteur.