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 de MONTVAL SUR LOIR**

N° SIREN : 267201051

Adresse administrative : 5 Allée saint martin, 72500 MONTVAL SUR LOIR

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

Nombre de membres du Conseil d’administration : **6 membres du Codir**

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **12 membres avec voies délibératives ou consultatives**

- 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 :  Projet architectural en cours d'étude. Sera présenté à l'ARS avant la fin d'année 2025. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| Budget principal : | **19 308 887.10** | **20 238 156,00** |
| Budgets annexes : | **Budget B: 2 385 980.90** | **2 334 107,00** |
| **Budget E: 9 967 549.26** | **9 726 596,00** |
| **Budget N: 979 476.90** | **1 008 138,00** |
| **TOTAL** | **32 757 594.16** | **33 306 997.00** |

(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) |
|  | **834 094** | **865 094** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **11 931 754.77**  *1 256 163.87* | **8 488 911**  *630 170* |
| **Compte 642 :** | **1 098 072.51** | **1 136 162.00** |

- **Effectif total** de l’établissement : **387**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| 7 | 3 |  |  |  |  |  |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| 33 | 288 | 25 | 31 |  |  |  |

# 2 – ACTIVITES :

NOMBRE D'ENTREES N-1 : 2139 y compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après)

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : 112899

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : 62958

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 : 19 spécialités

NOMBRE D’ACTES : 5176

|  |
| --- |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS QUANTITATIFS (passages en chirurgie ambulatoire, HAD…)  Nbre de journée d'HAD: 7739  Nbre de passages aux urgences: 3914  Nbre d'UHTCD: 581 |

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  UHTCD: 48.58%  MEDECINE: 78.39%  SMR: 84.34%  HAD: 70.68%  SSIAD: 90.15%  USLD: 86.75%  EHPAD: 95.61%  Taux établissement: 89.52% |

L’établissement est-il centre de référence :

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

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

**Experimentation et recherches biomedicales :**  **OUI** / x **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 | 30 |  |  |
| Hôpital de jour Médecine |  |  |  |
| ZHTCD | 3 |  |  |
| Gynécologie-Obstétrique (1) |  |  |  |
| Précisez le nombre de naissances N-1 : | | 0 |
| Hôpital de jour GOBST |  |  |  |
| Psychiatrie |  |  |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé | 185 |  |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 30 |  |  |
| S.S.I.A.D. | 56 |  |  |
| Si autre préciser | SMR:25  HAD: 30  Accueil de jour: 12 |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**SPECIFICITES :**

Transplantation d’organe / greffe de moelle osseuse

Traitement des grands brûlés

Neurochirurgie

X 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) :  0 |

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

* d’un anesthésiste :  **OUI** / x **NON**
* d’un obstétricien :  **OUI** / x  **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 : **Salle d'imagerie + de télé échographie**

Scanner :

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

Sous-traitance - x **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : télé expertise de nos clichés (environ 560 actes par mois / environ 7000€ par mois)

**STERILISATION -** Description de l’activité : stérilisation du matériel utilisé aux consultations externes

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

Sous-traitance - x  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : stérilisation réalisée par le Centre hospitalier du Mans. 1x par semaine (2 529€ annuel)

**LABORATOIRE -** Description de l’activité : Analyse des échantillons et prélèvements de sang

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

Sous-traitance - x  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :centre hospitalier du mans. Entre 7000 et 8000 actes par mois. 361369€ en 2024

**BLANCHISSERIE -** Description de l’activité : traitement du linge résident et du linge plat + vêtement de travail

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

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

• Bulle de Linge : Linge résident uniquement pour l'USLD et l'EHPAD: 107499€ pour 2024 (30 résidents en USLD et 185 en EHPAD)

• Blanchisserie du CH du Mans : Linge plat (draps, serviettes...) + vêtements des professionnels: 1 dotation de linge par service, livré quotidiennement avec des ajustements en – ou + selon l'occupation. 1 trousseau de 6 tenues par agents. (environ 218 691€ par an)

**RESTAURATION -** Description de l’activité : préparation et distribution des repas pour les patients et résidents + self pour les agents.

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

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

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

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

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

Sous-traitance - x  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) **: 38915€ sur 2024 (pour les 2 sites) – MCV véolia**

**DASRI**

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

Pour propre compte :

Pour compte de tiers :

# 4 – PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

Nature des prestations : Dispensation aux patients / résidents de l'établissement + patients de l'hôpital du Lude + rétrocession

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

Prestations pour compte de tiers - x **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) : dispensation de médicaments pour les patients d'USLD et SMR du centre hospitalier du Lude

Sous-traitance -  **OUI** / x **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 : x **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** / x **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) : **x OUI** /  **NON**

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

# 6 – SAMU / SMUR : *gestion par le CHM*

# 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** / x **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** / x **NON** - Budget :

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

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

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

Autres prestations / activités :

# 9 – ASSURANCE POUR COMPTE :

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

Si oui, nombre de mesures : 16

Actifs gérés : €

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

Si oui, nombre de personnes concernées et qualité (maison de retraite, personnes placées, curatelle, tutelle…) : 1 agent, notre mandataire judicaire

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

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

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

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

Autres :

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

Si OUI lesquelles (nom / activités) :

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

x **OUI** /  **NON**

Effectifs (détailler) :

1 agent au service HAD pour la livraison entre la PUI et le domicile de chaque patient

3 agents à tour de rôle pour les livraisons entre la PUI et le centre hospitalier du Lude

Equivalent temps plein sur N-1 : 2 ETP répartis sur 4 agents

Nombre d’équipes en simultané et composition des équipes :

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

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

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

- Organisation de sorties extérieures :  **OUI** / x **NON** – Si oui (nombre, nature, moyens utilisés) :

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

* Préciser : via l'animation en USLD, un prestataire de médiation animale peut intervenir quelques heures
* 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 ?décembre 2024

Quelles appréciations ont été émises par le collège d’accréditation ? Etablissement certifié (vert)

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

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

**C.H.S.C.T. :**

* Fréquence des réunions : trimestrielle
* Date du dernier compte rendu : 4eme trimestre 2024

**Conférence médicale :**

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

**Lutte contre les infections nosocomiales :**

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

**Hémovigilance :**

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

**Pharmacovigilance :**

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

**Matériovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? oui
* 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.