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 SAINT CALAIS**

N° SIREN : 267 200 038

Adresse administrative :

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

Nombre de membres du Conseil d’administration :

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **11**

- 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…) : |

- 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 | N (prévisionnel en cours) |
| Budget principal : | **18661090.95** | **18382738** |
| Budgets annexes : | **Usld 3312949.78**  **EHPAD 6902871.67**  **EHPAD MAISON DE REPOS 2412608.09** | **3896952**  **7514372**  **2506393** |
| **SSIAD 950876.32**  **FOYER DE VIE 1695227.61** | **954871**  **1780780** |
| **FAM 1867390.63** | **2162081** |
| **TOTAL** | **35803015.05** | **37198187** |

(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) |
| TITRE 1  TITRE 2 | **429757.24**  **913404.63** | **395910**  **1085070** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **12664628.53**  **875081.3** | **13534331**  **955757** |
| **Compte 642 :** | **805618.32** | **999825** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| 8 | 1 | 4 | / | / | 1 | / |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES | DUCATIF ET SOCIAUX |  |  |
| 24 | 209 | 9 | 29 | 6 |  |  |

# 2 – ACTIVITES : 2024

NOMBRE D'ENTREES N-1 : 1 410 y compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après)

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : 13 279

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : 112 532

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 : 4 440

NOMBRE D’ACTES : 53839 ACTES DONT 172 RETROCESSION ET 21429 URGENCES

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

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  MEDECINE 43.67% 30 LITS AUTORISES  UHTCD 27.12 %  SMR 98.36 %  SLD 49.81 SUR 55 LITS AUTORISES  EHPAD 61.62 % SUR 65 LITS AUTORISES  EHPAD MAISON DU REPOS 98.36 %  EHPAD HD 98.85 %  FOYER 91.93 %  FAM 98.98 % |

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 | 30 | 15 |  |
| Hôpital de jour Médecine |  |  | 18720123 |
| ZHTCD | 4 | 4 |  |
| Gynécologie-Obstétrique (1) |  |  |  |
| Précisez le nombre de naissances N-1 : | |  |
| Hôpital de jour GOBST |  |  |  |
| SMR | 29 | 29 |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé | 45 | 45 | 2590958 |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 80+65 | 80+38 | 7524164 |
| S.S.I.A.D. | 50 | 50 | 954871 |
| SLD | 55 | 39 | 3899636 |
| FO-FAM | 61 | 61 | 3980139 |
| **TOTAL** | 390 | 332 |  |

**SPECIFICITES :**

Transplantation d’organe / greffe de moelle osseuse

Traitement des grands brûlés

Neurochirurgie

Accueil et traitement des urgences : nombre de passages par an : 3845 EN 2024

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) :  NEANT |

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 : 6298 ACTES RADIO CONVENTIONNELLE

2933 ACTES ECHOGRAPHIE 1430 ACTES MAMMOGRAPHIE

Scanner : 9789 ACTES SCANNER

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) :activité libérale avec redevance à hauteur de 106200.89 HT

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) :

Le centre Hospitalier de Saint-Calais confie au CH du Mans la stérilisation des Dispositifs médicaux pour un cout global annuel de 2 777.80€

**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) :

Le centre Hospitalier de Saint-Calais confie au CH du Mans les analyses de biologie pour un cout global annuel de 184 272€

**BLANCHISSERIE -** Description de l’activité : 364184 kg

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

Pour l’ehpad de Bessé sur Braye : 37 743kg pour 111 133.41€ ht

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

**RESTAURATION -** Description de l’activité : 332093 repas

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

Pour l’ehpad de Bessé sur Braye : 64 996 repas pour 455 946.69 ht

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) : RETROCESSION POUR 209494.68 HT

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 :

NEANT SUR CHSC

# 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 : BLANCHISSERIE

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 :

MESURE DE PROTECTION / SAUVEGARDE DE JUSTICE

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

Si oui, nombre de mesures : POUVANT ALLER JUSQU’A 70

Actifs gérés : ALEATOIRE €

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) : ALEATOIRE

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) : SEJOURS RESIDENTS ET ACTIVITES EXTERIEURES (CINE  / RESTAURANT…)

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

* Préciser : ferme pédagogique + chat sur ehpad
* 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 ? 24/12/24

Quelles appréciations ont été émises par le collège d’accréditation ? Qualité des soins confirmée

**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. : F3SCT**

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

**Conférence médicale : CME**

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

**Lutte contre les infections nosocomiales :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? OUI
* Nombre d’incidents signalés par an : 5

**Hémovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? OUI
* Nombre d’incidents signalés par an : 1

**Pharmacovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? OUI
* Nombre d’incidents signalés par an : 1

**Matériovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? OUI
* Nombre d’incidents signalés par an : 1

# 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 : NEANT

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.