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 :  **EPSM DE LA SARTHE**

N° SIREN : **267201069**

Adresse administrative : **20 avenue du 19 mars 1962, 72700 ALLONNES**

|  |
| --- |
| Etablissements Secondaires (nom et adresse) :  1. CENTRE DE SOINS EN SANTE MENTALE "FRANTZ FANON", 22 avenue du 19 mars 1962, 72700 ALLONNES  2. MAS « LES AMARYLLIS », 24 avenue du 19 mars 1962, 72700 ALLONNES  3. CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE , 4 ter et 2bis Boulevard Marie et Alexandre Oyon, 72100 LE MANS  4. CENTRE DE SOINS « HELENE CHAIGNEAU » (CMP/HJ) - secteur 7, et FOYER DE VIE ARTIMON, 14 rue Monthéard, 72100 Le Mans  5. CENTRE DE JOUR (HÔPITAL DE JOUR / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL) EMR (Equipe mobile de réhabilitation)  35 bis Rue James Pradier, 72100 LE MANS  6. HÔPITAL DE JOUR / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL, 54 avenue Henri Lefeuvre 72100 LE MANS  7. Clinique Prémartine, 208, 210 rue Prémartine 72 000 LE MANS  8. CENTRE MEDICO-PSYCHOLOGIQUE JOAN MIRO 15 rue Erpell, 72000 LE MANS  9. CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL PETITE ENFANCE « GAZONFIER », 30, rue Gazonfier 72 000 LE MANS  10. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL D.W. Winnicott 72 avenue Olivier Messiaen  72 000 LE MANS  11. CENTRE DE SOINS POUR ADOLESCENTS (CSA) 50 rue Chanzy 72000 LE MANS (étage bâtiment fond de cour)  12. PLATE-FORME DEPARTEMENTALE DE DIAGNOSTIC AUTISME POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS (DEDICA) + EQUIPE MOBILE D’APPUI AU  MEDICO-SOCIAL (EMA)10 rue Saint-André 72000 LE MANS  13. INSTITUT DÉPARTEMENTAL DE THÉRAPIE FAMILIALE (IDTF), 2 rue Laroche 72000 LE MANS  14. PLATEFORME DE COORDINATION ET D’ORIENTATION DES REPERAGES DES TROUBLES DU NEURO-DEVELOPPEMENT (PCO-TND) chez les  enfants de 0 à 7 ans, Locaux du CMPP Dolto (ARPEP Pays de la Loire), 32 rue d’Australie 72000 LE MANS  15. MAS DE » L’HUISNE », 2 rue Thérèse Fontaine-Bertrand, 72100 LE MANS  16. ÉQUIPE MOBILE PSYCHIATRIE PRÉCARITÉ (EMPP) / PASSpsy, DISPOSITIF DE REPONSE RAPIDE D’ETABLISSEMENT (DiRRE), ÉQUIPE  PSYCHIATRIQUE D’ACCUEIL, D’URGENCE ET DE LIAISON (EPAUL) ; ÉQUIPE MOBILE DE PREVENTION DU SUICIDE (EMPS) ; UNITÉ  SYCHIATRIQUE DE COURT SEJOUR (UPCS) ; PSYCHOTRAUMATOLOGIE ; ÉQUIPE MOBILE DE PSYCHIATRIE ADULTES (EMPA) ; Centre  Hospitalier du Mans 194 avenue Rubillard – 72000 LE MANS  17. UNITÉ SANITAIRE DE LA MAISON PENITENTIAIRE (USMP), Maison d’arrêt du Mans – Les Croisettes, rue Cesare Beccaria, 72190 COULAINES  18. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGUE / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL, Centre Hospitalier, 72500 MONTVAL SUR LOIR  19. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL, Centre Hospitalier Bât Verlaine, 2 rue de la  Perrine, 72120 SAINT-CALAIS  20. CENTRE DE SOINS EN SANTE MENTALE (CMP) LA MARTINIERE, 3 rue de la Martinière 72300 SABLÉ SUR SARTHE  21. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, Maison médicale : 38, rue du Mans 72240 CONLIE  22. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL, Centre Hospitalier 56, avenue Pierre Brûlé,  72400 LA FERTÉ BERNARD  23. CONSULTATIONS MEDICO-PSYCHOLOGIQUES, 3 rue des Pommes d’amour - 72260 MAROLLES LES BRAULTS  24. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL DU PAYS DE SILLÉ, De 0 à 16 ans - 30, rue du  Docteur Touchard 72 140 SILLÉ LE GUILLAUME  25. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL DU PAYS DE SILLÉ, De 0 à 16 ans - 21, avenue  Division Leclerc 72 170 BEAUMONT SUR SARTHE  26. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE, De 0 à 16 ans – Maisons du département 1 place de la République 72600 MAMERS  27. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL , De 0 à 16 ans - 20 place Saint Julien 72 400 LA FERTÉ  BERNARD  28. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE D’ACCUEIL THÉRAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL F. DOLTO 12, rue du Petit Renard – 72 200 LA  FLÈCHE  29. CENTRE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE / CENTRE THERAPEUTIQUE A TEMPS PARTIEL DOLTO, Centre hospitalier, 5, allée Saint Martin -72500  MONTVAL SUR LOIR |

Nombre de membres du Conseil d’administration :

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **15**

- 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…) :  Bois, entretien en interne par le service Salubrité |

- 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 :   * Restructuration du Pôle Logistique, estimatif travaux 4 000 000€ * CAPA Gare, travaux estimés à 12 000 000€ * Construction du centre d’addictologie 3 100 000€ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| Budget principal : | **98 924 009.25** |  |
| Budgets annexes : | **13 756 844.29** |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** | **112 680 853.54** |  |

(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) |
|  | **3 049 008** | **19 109 574** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **52 441 020**  **(dont 5 569 602 pour le 6415)** | **51 076 137**  **(dont 6 085 488 pour le 6415)** |
| **Compte 642 :** | **5 163 603.82** | **6 181 993.06** |

- **Effectif total** de l’établissement : **1 700 (effectif réel)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| **19** | **17** | **17** | **2** | **2** | **14** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| **178** | **1138** | **12** | **165** |  |  |  |

# 2 – ACTIVITES :

**FIL ACTIVE : 20540**

NOMBRE D'ENTREES N-1 : 159 862y compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après)

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : 82 165

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : 40 978

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 : 8 279

NOMBRE D’ACTES : 0 208 683

|  |
| --- |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS QUANTITATIFS (passages en chirurgie ambulatoire, HAD…)  **Nous ne sommes pas un établissement MCO** |

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  **Nous ne sommes pas un établissement MCO** |

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 | **294** | **294** |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé |  |  |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD |  |  |  |
| S.S.I.A.D. |  |  |  |
| Si autre préciser |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**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) : Psychiatrie

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

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 exercer pour compte de tiers et détailler (joindre convention – indiquer recettes) ou si sous-traitance.**

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

Radiologie conventionnelle : **Non**

Scanner **: Non**

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

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

**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) **: CH LE MANS,**

**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) **:CH LE MANS, 724 837analyses effectuées par le CHM pour le compte de l’EPSM, qui a payé 174 961€**

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

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) **:2 900€**

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) :**39 7912kg/921 707€**

**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) :**8132 repas**

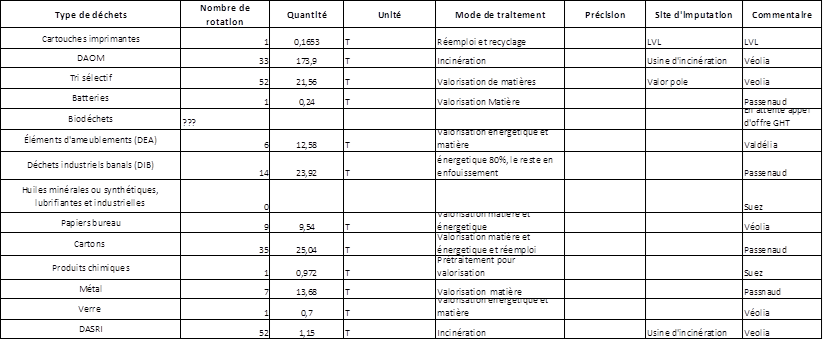
**DESTRUCTION DE DECHETS HOSPITALIERS -** Description de l’activité :

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) **64877€**

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



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

Pour propre compte : Eau 202 500€ / Electricité 602 898€ / GAZ 338 430€ / Chauffage 579 880€

Informatique 767 756€ / Transport 298 837€

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 concerné

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 : 1 084 421€

I.F.S.I. (détailler) :  **OUI** /  **NON – si oui détailler / 168 Etudiants infirmiers (66 en 1ere année, 51en 2è et 51en 3è années)**

Formation paramédicale :  **OUI** /  **NON – si oui détailler : Formation dans le domaine de la santé**

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 : **192**

Actifs gérés : 8 006 529.91€

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) : 1 Vaguemestre pour le transport du sang / 3 h

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 : 1

Nombre d’équipes en simultané et composition des équipes :

- Détention des fauteuils mobilité réduite automoteurs : **OUI** /  **NON** si oui nombre : 5

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

2, Maisons des usagers site d’Allonnes, livres, peinture, 5 000€ environs

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

Dans le cadre des activités thérapeutiques, projets en cours d’élaboration, sorties par les véhicules 9 places de l’EPSM

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

* Préciser : moutons, abeille, chat, chien
* 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 ? **janvier 2024**

Quelles appréciations ont été émises par le collège d’accréditation ? **Décision de non certification, nouvelle visite prévue en mai 2026**

**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 instances et 4 visites de service dans l’année
* Date du dernier compte rendu : 13 mars 2025

**Conférence médicale :**

* Fréquence des réunions : 1 fois tous les 2 mois
* Date du dernier compte rendu : 20 janvier 2025

**Lutte contre les infections nosocomiales :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? **oui**
* Nombre d’incidents signalés par an : **293** **infections potentiellement acquises dans l’établissement**

**Hémovigilance :**

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

**Pharmacovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? oui
* Nombre d’incidents signalés par an : 10

**Matériovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? oui
* Nombre d’incidents signalés par an : 2

# 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 | 1 |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat | 1 |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* | En cours (prévisionnel 252600€) |  |  |  |  |  |
| **Année N-1** | | | | | | |
| Nb dépôts de plainte | 1 |  |  |  |  |  |
| Nb recours avocat | 1 |  |  |  |  |  |
| Montant préjudice réglé par le souscripteur\* | En cours (prévisionnel 53075€) |  |  |  |  |  |
| **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.