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 : POLE SANTE SARTHE ET LOIR

N° SIREN : 26720548200107

Adresse administrative : La chasse du point du jour – 72200 Le Bailleul

|  |
| --- |
| Etablissements Secondaires (nom et adresse) :  Institut de formation : 12 rue du Léard – 72200 La Flèche  EHPAD La Flèche : 12 rue du Léard – 72200 La Flèche  EHPAD Sablé sur Sarthe : 2 rue Pierre et Marie Curie – 72300 Sablé sur Sarthe  Foyer de vie : 1 impasse Saint Eloi – 72300 Sablé Sur Sarthe |

Nombre de membres du Conseil d’administration : Non Concernée

Nombre de membres du Conseil de surveillance : **25**

- 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…) :  7650 m² réparti sur deux terrains non exploité avec un entretien annuel (débroussaillage) |

- 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 :  Non |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | 2023 | 2024 (prévisionnel) |
| Budget principal : | **55 200 929** | **55 873 177** |
| Budgets annexes : | **Budget C => 1 697 619** | **Budget C => 1 754 834** |
| **Budget E => 19 005 782** | **Budget E => 21 602 127** |
| **Budget P => 4 095 719** | **Budget P => 4 004 959** |
| **Budget A => 1 058** | **Budget A => 0** |
| **TOTAL** | **78 302 430** | **83 235 098** |

(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 | 2023 | 2024 (prévisionnel) |
|  |  |  |
| MASSE SALARIALE | 2023 | 2024 (prévisionnel) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **34 711 670**  **3 797 528** | **36 196 530**  **3 998 790** |
| **Compte 642 :** | **4 251 459** | **4 142 508** |

- **Effectif total** de l’établissement : **1538** **(effectif réel)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| 22 | 25 | 0 | 2 | 7 | 10 | 2 |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| 265 | 1131 | 52 | 190 |  |  |  |

Pour le personnel médical, nous avons aussi 45 mise à disposition (4 assistants – 6 exercice libéral – 24 PH – 7 Contractuels – 2 Attachés – 2 docteurs juniors)

# 2 – ACTIVITES :

NOMBRE D'ENTREES N-1 : 5746 **(**y compris ambulatoire (hors urgence – voir ci-après)

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 : 49 732

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 : 147 344

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 : 38 293 hors urgences

NOMBRE D’ACTES :

|  |
| --- |
| AUTRES RENSEIGNEMENTS QUANTITATIFS (passages en chirurgie ambulatoire, HAD…)  Passage aux Urgences => 9 696  Hôpital de jour = > 2 022  UHCD ^=> 250 |

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) :  Notre taux d’occupation tient compte des fermetures de lits et des restructurations  Médecine => 94.91 %  Chirurgie=> 55.87 %  Surveillance continue => 0 %  Maternité => 42 37 %  Pédiatrie => 0 %  SMR => 95.87 %  EHPAD La Flèche => 92.44 % - EHPAD Sablé sur Sarthe => 93.64 %  FDV => 87.21 % |

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 | 6 | 6 |  |
| Département médecine | 85 + 8 (pédiatrie) | 85 + 8 (pédiatrie) |  |
| Hôpital de jour Médecine | 15 | 15 |  |
| ZHTCD | 4 | 4 |  |
| Gynécologie-Obstétrique (1) | 15 | 15 |  |
| Précisez le nombre de naissances N-1 : | | 0 |
| Hôpital de jour GOBST | 0 | 0 |  |
| Psychiatrie | 0 | 0 |  |
| E.H.P.A.D. | 411 | 411 |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 0 | 0 |  |
| S.S.I.A.D. | 0 | 0 |  |
| Chirurgie | 25 | 25 |  |
| SMR | 48 | 48 |  |
| Foyer de vie | 70 | 70 |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

**SPECIFICITES :**

Transplantation d’organe / greffe de moelle osseuse

Traitement des grands brûlés

Neurochirurgie

Accueil et traitement des urgences : nombre de passages par an : 9 696

Réanimation

Radiothérapie

Chimiothérapie

Néonatologie

Traitement de l’insuffisance rénale

Procréation médicalement assistée

Réadaptation fonctionnelle

Chirurgie esthétique (non réparatrice)

Diagnostic ante – natal – (dans le cadre de l’échographie)

Autres (à préciser) :

|  |
| --- |
| Nombre de blocs (détails / salles / nombre d’interventions) :  5 salles d’opération dont 1 dédié à la gynécologie (Données 2024)  Interventions chirurgicales : 1 595  Endoscopies : 201  Autres : 14 |

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) : Données non consolidées

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

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

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : Factures aux finances 840 187 B soit 207 460.68 €

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

Prise en charge du linge de résident de nos EHPAD et foyer d’accueil, du linge d’hôtellerie et d’entretien des locaux.

Prestations pour compte de tiers -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / recettes) : Pour la Ville de La flèche, la communauté de commune de La Flèche et une association (SOLIPASS) pour un montant de 57 000 € annuel

Sous-traitance -  **OUI** /  **NON** – si oui préciser (quantité / facturations) : Le linge de lit et les tenues du personnel sont sous traitée à la société Anett pour un montant annuel de 600 000 €

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

Production de repas pour l’ensemble de nos patients, résidents et personnels pour un volume annuel de 500 000 repas produits

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) : Nous sommes centre de regroupement pour des tiers pour un volume de 17kg 400

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 :

Budget : Dotation 2024 : 3 728 011.00€ (dotation populationnelle)

Facturation vers prestataires externes (N-1) :

Effectifs (détailler) : 1.55 ETP Urgentistes / 2.86 ETP IADE / 1.61 ETP ambulanciers

Nombre d’équipes **en simultané** et composition des équipes : 1 (un médecin et un IADE+ éventuellement un étudiant en stage)

Nombre de véhicules : 1 + 2 de secours

Nombre de sorties à l’année : Primaires : 149- Secondaires : 2

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

Présence hélisurface sur emprise C.H. :  **OUI** /  **NON - joindre autorisation / arrêté =>** Pas d’arrêté par contre elle est recensée auprès de l’aviation civile

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

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

Propriété des aéronefs (joindre convention) : NON

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** –

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 : 2.1 % de la masse salariale

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

Nous sommes autorisés par La Région à accueillir 60 élèves par année

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

Nous sommes autorisés par La Région à accueillir 50 élèves

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 : 77 (au 07 02 2025)

Actifs gérés : 4 135 466.60€ (au 07 02 2025)

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

Nous n’avons pas de programme mais il peut y en avoir quelques-unes dans le hall d’accueil de l’Hôpital

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

Il y a des sorties extérieures au moment des vacances pour les résidents du Foyer de Vie et des EHPAD

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

* Préciser : Association chiens-visiteurs (sur Sablé sur sarthe) – Zoothérapie (ferme itinérante sur Sablé sur Sarthe)
* 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 ? 20/09/2023

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

**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 (nouvelle appellation)**

* Fréquence des réunions : 7 en 2024
* Date du dernier compte rendu : 19 11 2024

**Conférence médicale :**

* Fréquence des réunions : 7 en 2024
* Date du dernier compte rendu : 05 12 2024

**Lutte contre les infections nosocomiales :**

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

**Hémovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? Oui
* Nombre d’incidents signalés par an : 22 épidémies déclarées en 2024

**Pharmacovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? Oui
* Nombre d’incidents signalés par an : 5 en 2023

**Matériovigilance :**

* Existe-t’il des procédures écrites ? Oui
* Nombre d’incidents signalés par an : 1 en 2023

# 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.