ELEMENTS TECHNIQUES – EHPAD

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

Forme juridique :

Type d’établissement : Centre hospitalier

|  |
| --- |
| Etablissements Secondaires (nom / adresse / type) : |

Nombre d’administrateurs :

# 1 – RENSEIGNEMENTS DIVERS :

- Arrêté de « catastrophe naturelle » sur les 10 dernières années :  **OUI** - x **NON**

- Dommages subis par le patrimoine du souscripteur dans ce cadre :  **OUI** - x **NON**

- si oui nature et montant des dommages :

- Bâtiments situés en zone inondable :  **OUI** - x **NON**

|  |  |
| --- | --- |
| DESIGNATION ET ADRESSE | RISQUE DE DOMMAGES |
| Rue des vertolines | TRES ELEVE -  ELEVE -  MOYEN - x FAIBLE |
|  | TRES ELEVE -  ELEVE -  MOYEN -  FAIBLE |

- Le souscripteur est-il propriétaire de plans d’eau :  **OUI** - x **NON** - si oui, surface :

- Bois et Forêt :  **OUI** - x **NON** - si oui, surface : hectares

- Superficie des terrains / réserves foncières :

- Superficie des bâtiments : m² - Préciser mode de calcul (SHOB / SHON / Surface plancher…) :

SHOB: 10308 m2

SHON: 9233 m2

- Présence de bâtiments / parties classés ou inscrits M.H. :  **OUI** - x **NON** - si oui, préciser :

- Classification ERP (établissement recevant du public) - type et catégorie des principaux bâtiments :

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation des bâtiment / établissements | M² | Année construction | Type | Catégorie | Nb de lits | Propriétaire de l’immeuble |
| JDB | 4100 | 1987 | J | 3 | 85 | oui |
| Extension | 1968 | 1992 | J | 3 | 30 | oui |
| PDR | 4240 | 2012 | J | 3 | 70 | oui |
|  |  |  |  |  | 185 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

- Programme des travaux / construction sur les 3 prochaines années :

|  |
| --- |
| Détail sur les opérations prévues :  Rénovation de chambres, projet d'équiper toutes les chambres en douches individuelles |

- Présence d’occupants / locataires autres dans les locaux de l’EHPAD : **☐** **OUI** - x **NON**

-si oui préciser :

- Données sociales :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Services | Nombre de titulaires | Nombre de contractuels | Masse salariale brute hors charges |
| JDB1 | 29 | 35 | 168524.28 |
| JDB2 | 8 | 8 | 48817.22 |
| PDR | 11 | 13 | 59627.96 |
| UPAD | 5 | 2 | 19481.76 |
| PASA | 2 | 0 | 5572.56 |
| **TOTAL :** | **55** | **58** | **302023.78** |

* + Personnel Médical – Nombre : 1 - Masse salariale :9204.37
  + Personnel paramédical - Nombre : 112 - Masse salariale : 299751.96
  + Personnel administratif et technique - Nombre :1 - Masse salariale : 2271.82
  + Vacataires - Nombre  - Montant des honoraires :

Activités exercées par vacataires :

* + Autres - Nombre : - Masse salariale :

Détailler autres :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD (1)   dernier exercice clos par activité | Fonctionnement | Investissement |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL :** |  |  |

(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.*

- Date du Règlement intérieur d’accueil : **(joindre contrat d’accueil et règlement intérieur)**.

Juin 2018

# 2 – ACTIVITES :

**Presentation des activités en et hors site (par exemple à domicile) :**

|  |
| --- |
| Détail sur les activités :  Hébergement temporaire ou non de personnes agées  Activité d'accueil de jour |

- Résidents / bénéficiaires :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Activité / service | Nombre de personnes | Taux d’occupation |
| JDB 1 | 66 | 88.07% |
| JDB 2 | 49 | 92.16% |
| PDR | 56 | 95.34% |
| UPAD | 14 | 97.38% |
| **total** |  | **95.61%** |

Nombre de personnes hébergées de moins de 60 ans : 1

Nombre de personnes incapables majeurs :

Accueil temporaire de jour : oui de nuit : oui

Présence médicale 24h / 24 :  **OUI** - x **NON**  - si oui détailler :

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

Si oui, nombre de mesures : 16 (correspond à Ehpad + USLD)

Actifs gérés : €

**Organisation de manifestations / expositions / spectacles :**

|  |
| --- |
| Détails - participants :  Activités gérées par les animatrices avec quelques intervenants extérieurs. Chanteurs, accordéonistes, médiation animale... |

**Organisation de sorties :**

|  |
| --- |
| Détails – accompagnants – véhicules utilisés :  Visite de zoo, jardin … avec les animatrices.  Véhicule fiat ducato conduit par les animatrices. |

**Présence de tiers libéraux / indépendants intervenants dans le cadre du souscripteur :**

|  |
| --- |
| Listes – nombre – activités exercées... :  Kinésithérapie x 1 intervenant. Non remplacé durant ses congés. |

**Participation de bénévoles / associations :**

|  |
| --- |
| Listes – nombre – activités exercées... :  Doit-on prévoir leur assurance de responsabilité civile :  **OUI** -  **NON** |

Y a-t-il contrôle annuel des attestations d’assurance des résidents :  **OUI** - x **NON**

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

Doit-on prévoir l’assurance responsabilité civile du C.O.S. / amicale du personnel :  **OUI** - x **NON**

Présence d’animaux vivants : x **OUI** -  **NON**  - si oui détailler : intervenant médiation animale quelques fois par an.

Présence d’un jardin avec consommation :  **OUI** - x **NON**  - si oui détailler :

Menus travaux effectués par les résidents :  **OUI** - x **NON**  - si oui détailler :

Espèces et valeurs :

- Liste des régies avec nombre de régisseurs /adjoint et montant des sommes reçues :

* Pas de régie sur l'ehpad

- Les régisseurs sont-ils assurés :  **OUI** -  **NON**

- Présence d’espèces ou de valeurs au-delà de 3.000 € :  **OUI** -  **NON**

- Transport d’espèces par personnel au-delà de 3.000 € :  **OUI** -  **NON**

- Présence de biens confiés par les personnes hébèrgées :  **OUI** - x **NON**

# 3 – PRESTATIONS TECHNIQUES :

- L’Etablissement assure une **restauration** : x **OUI** -  **NON**

- Mode d’exploitation : préparation sur le site sanitaire puis livraison par nos agents

* + Nombre de repas / an : 128682

- livraison des repas à domicile :  **OUI** - x **NON**

* + Si oui nombre de repas / an - bénéficiaires :

**– pour le compte de tiers**(hors résidants, famille et personnel) **:**  **OUI** - x **NON**

* + Si oui bénéficiaires / nombre de repas / recette générée :

- L’Etablissement assure un service de blanchisserie :  **OUI** - x **NON**

- Mode d’exploitation :

* + Volume traité / an :

**– pour le compte de tiers** **:**  **OUI** - x **NON**

* + Si oui bénéficiaires / volume traité / recette générée :

- L’Etablissement dispose t-il de matériel d’imagerie / radiologie :  **OUI** - x **NON**  pas sur le site ehpad

**Autres Prestations pour compte de tiers :**

|  |
| --- |
| Détail sur les activités / recettes : |

**Recours à la sous-traitance :**

|  |
| --- |
| Détail sur les activités / montants sous-traités : |

# 4 – PREVENTION INCENDIE :

**Pour chaque site (**joindre P.V. de commission de sécurité et plan de masse) ;

- Présence de bâtiments inoccupés / désaffectés :  **OUI** - x **NON**  - si oui, préciser :

- Cheminée d’agrément :  **OUI** - x **NON**  **-** Ramonage annuel :  **OUI** - x **NON**

- Sprinklage :  **OUI** - x **NON**

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) :
* société maintenance / periodicité :
* certificat Q1 délivré :  **OUI** -  **NON**

- Extincteurs : x **OUI** -  **NON**

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) : 51 sur PDR et 58 sur JDB
* société maintenance / periodicité : IPS – 1fois par an
* certificat Q4 délivré : x **OUI** -  **NON**

- Détection automatique incendie : x **OUI** -  **NON**

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) : PDR + JDB
* société maintenance / periodicité : DEF OUEST – 2 fois par an

* certificat Q7 délivré : x **OUI** -  **NON**

- Portes coupe-feu : x **OUI** -  **NON**

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) :
* société maintenance / periodicité : Interne et APS – 1 fois par an
* certificat Q16 délivré : x **OUI** -  **NON**

- Murs / cloisons séparatifs coupe-feu : x **OUI** -  **NON**

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) :

- Présence d’un centre de secours sur la commune : x **OUI** -  **NON**  – si oui type :

* Moyen d’appel (téléphone urbain / ligne spécialisée...) : téléphone urbain
* Délai d’intervention du 1er centre de secours :

* Si CPI : délai d’intervention du second centre de secours :
* Exercices réguliers avec les sapeurs pompiers :  **OUI** - x **NON**

* Existe-t-il un Plan d’Opération Interne établi par le S.D.I.S. pour l’Etablissement : x **OUI** -  **NON**

- Moyens en eau le plus proche (type et distance) : borne incendie

* Débit :
* Colonne séche :  **OUI** - x **NON**  - colonne humide : **OUI** - x **NON**
* Réserves privative :  **OUI** - x **NON**  - si oui volume : m3

- Moyens d’intervention internes :

Disposez-vous d’une équipe de sécurité incendie interne :  **OUI** - x **NON**

* si oui préciser :

Report d’alarme incendie à un poste de surveillance permanent : x **OUI** -  **NON**

Respect du permis de feu instauré au sein de l’établissement : x **OUI** -  **NON**

Les consignes incendie sont-elles affichées : x **OUI** -  **NON**

L’interdiction de fumer est-elle respectée : x **OUI** -  **NON**

- Stockages produits inflammables : x **OUI** -  **NON**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Produit / gaz | Quantité | Type de stockage |
| Bouteilles O2 | 3 petites et 3 grandes | Dans la salle de soin |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

- Vérification des installations électriques : x **OUI** -  **NON**

* société maintenance / périodicité : APAVE – 1fois par an
* certificat Q18 délivré : x **OUI** -  **NON**  - si oui avec dangers signalés**: x** **OUI** -  **NON**
* thermographie réalisée : x **OUI** -  **NON**  - si oui avec certificat Q19**: x** **OUI** -  **NON**

- Chauffage :

* Energie : GAZ / puissance :

chaudière n°1: 380kw

Chaudière n°2: 345kw

Chaudière n°3: 380kw

* entretien annuel des chaudières : DALKIA
* eau chaude collective : x **OUI** -  **NON**  **/** présence de bras morts : **OUI** - x **NON**
* antécédents sanitaires :

- Climatisation :

* climatisation réversible centralisée : x **OUI** -  **NON**
* Energie : éléctrique / puissances maxi. : 30kwat

- Panneaux photovoltaïques :  **OUI** - x **NON**

* Propriété de l’établissement :  **OUI** -  **NON**
* Surface : m² / puissances : / recettes :

- Groupe électrogène : x **OUI** -  **NON**

* Puissance : 320 kw/ Date de mise en service : 06/09/2012 / Maintenance : x **OUI** -  **NON**
* Le souscripteur est-il titulaire d’un contrat E.J.P. : **□ OUI** / **□ NON**
* Transformateur :  **OUI** - x **NON -** présence de PCB : PCT : **OUI** - x **NON**
* Puissance : / Date de mise en service : / Maintenance :  **OUI** -  **NON**

# 5 – EQUIPEMENTS DIVERS :

- Blanchisserie :  **OUI** - x **NON**

* Surface et capacité :
* Joindre liste des principaux matériels (année / valeur / type)

- Cuisine :  **OUI** - x **NON**

* Surface :
* Energie : - Nettoyage de hotte :   **OUI** -  **NON**  - periodicité :
* Stockage des poubelles :
* Joindre liste des principaux matériels (année / valeur / type)
* Chambres froides :  **OUI** -  **NON**  – si oui préciser (capacité / type) : .

- Ateliers :  **OUI** - x **NON**

* Surface :
* Travail du bois ou du métal :  **OUI** -  **NON**
* Soudure ou peinture :  **OUI** -  **NON**
* Entretien / réparation de véhicules :  **OUI** -  **NON**

- Liste des matériels divers :

- liste des principaux matériels informatiques / reprographie ;

- liste des principaux matériels de communication (autocommutateurs) ;

- liste des principaux matériels de détection / alarme ;

- liste des autres matériels technique ou élctronique ;

# 6 – PREVENTION INTRUSION :

- Site entièrement colturé :  **OUI** - x **NON**

- Gardien sur place 24 h / 24 :  **OUI** - x **NON**

- Contrôle d’accés :  **OUI** - x **NON**

* Si oui détailler :

- Alarme intrusion :  **OUI** - x **NON**

* Si oui réliée :  **OUI** -  **NON** 
  + Si oui société de surveillance avec intervention :  **OUI** -  **NON**
  + Si oui à un personnel de garde :  **OUI** -  **NON**

- Vidéo surveillance :  **OUI** - x **NON**  - avec enregistrement :  **OUI** -  **NON**