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 :  **EHPAD LOUIS PASTEUR**

N° SIREN : 267 200 335

Adresse administrative : 40 RUE PASTEUR 72310 BESSE-SUR-BRAYE

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

Nombre de membres du Conseil d’administration : **13**

Nombre de membres du Conseil de surveillance :

- Intégration de structures autonomes distinctes à l’étude (**groupement de commandes**) : **❌ OUI** /  **NON**

Projet d’étude d’intégrer l’ehpad de Bessé sur Braye comme un ehpad rattaché au Centre Hospitalier de Saint-Calais.

# RENSEIGNEMENT DIVERS

- 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 : 3640 m² - Préciser mode de calcul (SHOB / SHON / Surface plancher…) :

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| EPRD(1) : COMPTE DE PRODUITS | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| Budget principal : | **3727525** | **3726884** |
| Budgets annexes : |  |  |
|  |  |
|  |  |
| **TOTAL** | **3727525** | **3726884** |

(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) |
|  | **0** | **0** |
| MASSE SALARIALE | N-1 | N (prévisionnel en cours) |
| **Compte 641 :**  Dont 6415 : | **1572034** | **1551281**  **484653** |
| **Compte 642 :** | **0** | **0** |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| MEDICAL | PRATICIENS | | | ASSISTANTS | ATTACHES  **Praticiens** | INTERNES | ETUDIANTS |
| Temps pleins | Temps partiels | Adjoints Contractuels |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| NON MEDICAL | ADMINISTRATIFS | SOIGNANTS | MEDICO TECHNIQUES | TECHNIQUES |  |  |  |
| 1 | 49 |  | 3 |  |  |  |

# ACTIVITES :

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

NOMBRE DE JOURS D'HOSPITALISATION N-1 :

NOMBRE DE JOURS D’HEBERGEMENT N-1 :

NOMBRES DE CONSULTATIONS EXTERNES N-1 :

NOMBRE D’ACTES :

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

|  |
| --- |
| **TAUX D'OCCUPATION par secteur** (médecine, gynécologie, USLD…) : |

Détail sur les activités :

**Comité départemental olympique et sportif de la Sarthe**

**Accordéoniste extérieur pour animation**

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 |  |  |  |
| E.H.P.A.D. spécialisé |  |  |  |
| E.H.P.A.D. ex USLD | 70 | 70 | 70 |
| S.S.I.A.D. |  |  |  |
| Accueil de jour | 6 | 6 | 6 |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

# 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) :

**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) :

**BLANCHISSERIE -** 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) : 102 978 €

**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) : 390 000 €

**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) : 265.31 €

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

Pour propre compte :

Pour compte de tiers :   7 000 €

# PRODUITS PHARMACEUTIQUES :

Nature des prestations : Dispositifs médicaux

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) : 10 000 €

# 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**

# SAMU / SMUR :

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….) :

# 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).

# 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 :

# ASSURANCE POUR COMPTE :

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

Si oui, nombre de mesures :

Actifs gérés : €

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…) :

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

|  |
| --- |
| Détails - participants :  Animation dans l'EHPAD, célébrations (Carnaval, Noël, jour de l'an..) intervention d'un accordéoniste, intervention d'animaux extérieur encadré par une association, intervention de Sœurs pour la Messe... |

**Organisation de sorties :**

|  |
| --- |
| Détails – accompagnants – véhicules utilisés :  Lorsqu’il y a des sorties avec présence de l’équipe d’animation (et si besoin, en plus de soignants), ce sont les véhicules de l’EHPAD qui sont utilisés (Kangoo et mini-bus). |

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

|  |
| --- |
| Listes – nombre – activités exercées... :  Pédicure  Esthéticienne  Kinésithérapeute  Coiffeur |

**Participation de bénévoles / associations :**

|  |
| --- |
| Listes – nombre – activités exercées... :  **VMEH (Visiteurs des Malades en Milieu Hospitalier)**    **ABOI (Association Anille Braye Omnisports Intercommunal**  **Association EHPAD LOUIS PASTEUR**  Doit-on prévoir leur assurance de responsabilité civile : x **OUI** uniquement pour l'Association EHPAD LP-  **NON** |

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

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

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

Espèces et valeurs : Pas de régisseur

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

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

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

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

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

# PRESTATIONS TECHNIQUES :

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

- Mode d’exploitation : CH ST CALAIS

* + Nombre de repas / an : 50 000

- 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) **:** x **OUI** -  **NON**

* + Si oui bénéficiaires / nombre de repas / recette générée : Famille de résidents pour visite 6 repas/an

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

- Mode d’exploitation : CH ST CALAIS

* + 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**

**Autres Prestations pour compte de tiers :**

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

**Recours à la sous-traitance :**

|  |
| --- |
| Détail sur les activités / montants sous-traités :  Restauration et blanchisserie |

# 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…) : TOTAL
* société maintenance / periodicité : IPS / Annuelle
* certificat Q4 délivré :  **OUI** -  **NON**

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

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) : TOTAL
* société maintenance / periodicité : SIEMENS ET APS / Annuelle

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

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

* si oui préciser (total, partiel, quels bâtiments…) : TOTAL
* société maintenance / periodicité : SIEMENS+APS / Annuelle
* certificat Q16 délivré :  **OUI** - x **NON**

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

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

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

* Moyen d’appel (téléphone urbain / ligne spécialisée...) : TELEPHONE
* Délai d’intervention du 1er centre de secours : 10 minutes

* Si CPI : délai d’intervention du second centre de secours : 20 Minutes
* 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) : Poteau incendie a 100 mètres

* Débit : 165m3
* 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 : X **OUI** -  **NON**

* si oui préciser :Equipe technique du CH

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 |
| Aniosgel | 100 | Réserve à risques importants |
| Bouteille oxygène | 2 | Bouteille B5 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

* société maintenance / périodicité : Apave
* certificat Q18 délivré :  **OUI** - x **NON**  - si oui avec dangers signalés**:**  **OUI** -  **NON**
* thermographie réalisée : X **OUI** - **NON**  - si oui avec certificat Q19**:**  **OUI** -  **NON**

- Chauffage :

* Energie : GAZ DE VILLE / puissance : 459KW
* 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 : ELECTRIQUE / puissances maxi. : 14kw

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

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

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

* Puissance : 160 kVa / Date de mise en service : 2012 / Maintenance : x **OUI** -  **NON**
* Le souscripteur est-il titulaire d’un contrat E.J.P. : **□ OUI** / x**□ NON**
* Transformateur :  **OUI** - x **NON -** présence de PCB : PCT : **OUI** -  **NON**
* Puissance : / Date de mise en service : / Maintenance :  **OUI** -  **NON**

# 5 – EQUIPEMENTS DIVERS :

- Blanchisserie :  **OUI** - x **NON (ARRÊT DE NOTRE BLANCHISSEIRE LINGE RESIDENTS EN 2025)**

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

- Cuisine :  **OUI** - x **NON**

* Surface : 50m3
* Energie : GAZ ET ELECTRICITE - Nettoyage de hotte :  x **OUI** -  **NON**  - periodicité : Annuelle
* Stockage des poubelles :
* Joindre liste des principaux matériels (année / valeur / type)
* Chambres froides : x **OUI** -  **NON**  – si oui préciser (capacité / type) : . 8m3 NEGATIVE

- Ateliers : x **OUI** -  **NON**

* Surface : 65m²
* Travail du bois ou du métal : x **OUI** -  **NON**
* Soudure ou peinture : x **OUI** -  **NON**
* Entretien / réparation de véhicules : **OUI** -  x**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 : x **OUI** -  **NON**

- Gardien sur place 24 h / 24 :  **OUI** - x **NON**  Mais 2 agents présent la nuit et toujours une présence la journée

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

* Si oui détailler : DIGICODES

- 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**  -

# 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.