ELEMENTS TECHNIQUES – RISQUES D’ATTEINTES A L’ENVIRONNEMENT

Etablissement d’hospitalisation et de soins

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

**IMPORTANT** : Si vous disposez d’une Etude d’impact et d’une Etude de Dangers de moins de 5 ans représentatives du site dans sa configuration actuelle, fournissez ces documents et ne répondez qu’aux questions 1 à 5.

# Présentation générale du site

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Désignation de l’établissement** : Centre hospitalier de MONTVAL SUR LOIR | | | | | | | | | X public  privé |
| Rue : 5 allée saint martin | | | | | Code postal : 72500 | | | Commune : MONTVAL SUR LOIR | |
| Type d’établissement : Etablissement d'hospitalisation | | | | | | | | Code NAF : 86.10Z | |
| **Capacité d’accueil** : 144 lits d'hospit et 233 d'hébergements | | | | **Budget** fonctionnement annuel brut (hors taxes) : (année ) | | | | | |
| Effectif : | *Personnel médical 10* | | *Personnel paramédical 313* | | | | *Personnel administratif et technique 64* | | |
| Surface totale du site ? 38080m2 | | *dont surfaces bâties* ? 21958m2 | | | | Nbre de bâtiments distincts : 2 | | | |

# Situation administrative du site

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Classement Inst. Classées Protection de l’Environ.** | X non classé | déclaration | autorisation | Seveso |
| **Classement pour la Loi sur l’eau :** | | non classé | déclaration | autorisation |
| Dossier de régularisation ? | | non | en cours | réalisé |

# Historique du site

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Date de construction de l’établissement : 1967 | | | | |
| D’autres activités étaient-elles exercées auparavant ? | X oui |  | non | ne sait pas |
| *⌦ Si oui, préciser les* ***noms, activités et dates***  *des précédentes exploitations : chirurgie et maternité*  Chirurgie et maternité | | | | |
| Cuves enterrées inutilisées ? | X oui (co*ntenu : fioul )* | | non | ne sait pas |
| *⌦ Sont-elles vidées et neutralisées ?* | oui |  | non | X ne sait pas |
| Audit / diagnostic de sol ? | réalisé | en cours | non |  |
| *⌦ Dans quel contexte ?* | *Organisme* | | *Date* : | |

# Antécédents sinistres

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Des plaintes ou demandes de dommages et intérêts ont-elles  été émises à votre égard ? | oui | X non | *Si oui, préciser pour chacun des cas :* |
| Avez-vous été victime d’actes de malveillance ? | X oui | non | |
|  |  |  | |

# Organisation et management

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Présence d’un **Responsable environnement** ? | ☐oui x non | *A qui est-il rattaché ?* | | |
| Dispose-t-il d’une équipe ? | oui  non | *Composition / Effectif* : | | |
| Existe-t-il des Plans de secours ? | non | POI | autre |  |
| Centre de secours principal : | site visité | X plan d’intervention | | *Délais d’intervention* : |

# Environnement immédiat du site

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Zone d’implantation du site ? | rurale | | X urbaine | | industrie / habitat dispersé | | | Z.I. | |
| Considérez-vous que votre **voisinage industriel** ou **agricole** est dangereux et/ou vulnérable ? | X oui | | non | | *Si oui, précisez* : gare MONTVAL et site SEVESO de vaas | | | | |
| Zone urbaine de forte densité ? | X 100m. | | < 500 m. | | <1 km. | | | | |
| Etablissement recevant du public (ERP) ? | < 100m. | | < 500 m. | | <1 km. | | | | |
| Pression écologique particulière ? | X aucune | | intermittente | | | permanente | | | |
| **Eaux de surface** (rivière, canal, plan d’eau) ? | *Dénomination : le loir* | | | | | *Distance : 3km* | | | |
| Qualité des eaux de surface ? | hors  classe | classe 3 | | classe 2 | | classe 1B | | | classe 1A |
| Utilisation des eaux de surface en aval du site ? | oui | X non | | *Utilisations :* | | | *Distance du site :* | | |
| Le site a-t-il été inondé  ? | oui | X non | | ne sait pas | | *(dates : )* | | | |
| **Nappe phréatique** au droit du site | oui | X non | | *Profondeur :* | | | | | |
| Puits ou forages sur le site ? | oui | *inutilisés*  *exploités* | | X non | | *Profondeur :*  *Débit en m3/h si exploité :* | | | |
| Exploitation de la nappe dans l’environnement ? | aucune | X ne sait pas | | industrie | | élevage / irrigation | | | |
| alimentation en eau potable (distance : ) | | | | | | | | |

# Risques liés à l’activité

Services

|  |  |
| --- | --- |
| **Principaux services médicaux (Nombre de lits):**  **Urgences: 3 lits**  **Médecine: 25 lits**  **Soins palliatifs: 5 lits**  **SMR: 25 lits**  **HAD: 30 places**  **SSIAD: 56 places** | **Services non médicaux :**  **Service technique**  **Service informatique**  **Services administratifs**  **Transversaux: Assistantes sociales, diététiciennes** |

Installations connexes

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pharmacie hospitalière ? | X oui | non | *Superficie* : 250m2 m² | *Classement :* | | |
| Incinérateur ? | oui | X non | *Capacité : t/an* | Gestion confiée : | | oui  non |
| *chargement* *manuel*  automatisé | | | | | | |
| Cuisine ? | X oui | non | *Nbre de repas par jours : entre 500 et 520* | Gestion confiée : | oui x non | |
| Blanchisserie ? | oui | X non | Capacité : t/an | Gestion confiée : | oui  non | |
| Nettoyage à sec ? | oui | X non | *Nbre de machines :..* | Gestion confiée : | oui  non | |

**Utilités**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Chaufferie ? | X oui | non | *Nbre* : 1 | *P (kW) : 75* | | | | | |
| *Combustible : gaz* | | | | Gestion confiée : | | X oui  non |
| Transformateurs au PCB ? | oui | X non | *Nbre* : | *P (kVA) :* | | | | | |
| Installation de refroidissement d’eau ? | oui | X non | *Type :* | | | *Date dernier contrôle :* | | | |
| Réfrigération (groupe froid… ) ? | X oui | non | *ammoniac* | | *autre :* | *Volume (m3) :* | | *P (kW) :* | |
| Poste de distribution de carburant ? | oui | X non | *Nombre de postes :* | | | | Gestion confiée : | | oui  non |
| Autre | oui | non | Préciser : | | | | | | |

# Risques liés aux stockages

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Réservoirs fixes** de liquides dangereux | | | | | | | **Stockages Enterrés** | | | | | | | | **Stockages Aériens** | | |
| Nature des produits | Nombre de cuves | | | Capacité *(m3 ou T)* | Date de mise en service | | Type de cuve *(Simple Paroi, Double Paroi, Fosse Maçonnée)* | | | | Sécurités *(Alarme Reportée, Détection de Fuite, Limitation de Remplissage)* | | | | Volume de rétention (*m3*) | | |
| Cuve à O2 liquide | 1 | | | 1200L |  | | Double paroi | | | | oui | | | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | |  | | | |  | | |
|  |  | | |  |  | |  | | | |  | | | |  | | |
| Dispositifs de sécurité sur cuves (*alarmes, niveaux, ..)* ? | | | | | non | | oui, partiellement | | | | X oui, sur toutes les cuves | | | | | | |
| Derniers contrôles réalisés : | | | *Dates : 25/06/2024* | | | | *Natures : fait par linde* | | | | | | | | | | |
| **Aires de dépotage** | | sol naturel | | | | X revêtement (n*ature) : dalle béton* | | | | | | | Volume de rétention : | | | | |
| **Magasin / locaux de stockage de substances dangereuses en petit conditionnement** | | | | | | | | oui | | X non | ***(Liste des produits avec priorité des produits classés ICPE)*** | | | | | | |
| Nature des produits stockés *(par catégorie)* | | | Quantité | | Conditionnement | | | Rétention | | | Surface de stockage *(m²)* | Ventilation | | | | Aménagement ATEX | |
|  | | |  | |  | | | oui | non | |  | oui | | non | | oui | non |
|  | | |  | |  | | | oui | non | |  | oui | | non | | oui | non |
|  | | |  | |  | | | oui | non | |  | oui | | non | | oui | non |
|  | | |  | |  | | | oui | non | |  | oui | | non | | oui | non |

# 9. Gestion des effluents liquides

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alimentation en eau** | | X réseau distribution | | forage / puits | | | | pompage en eaux de surface | | | | | |
| Dispositif anti-retour ? | | X oui | | non | | |  | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | |  | | | | |
| **Rejets : Traités en s**tation d’épuration interne ? | | | | | oui | X non | | | | Gestion confiée : | | | X oui  non |
|  | *Type traitement* : | | | |  |  | | | | Capacité (EH ou kg DBO5/j) : | | | |
| **Traitement** dans une station d’épuration extérieure ? | | | | | X oui | non | | | | Nom de la station : MONTVAL | | | |
| Disposez-vous d’une convention de raccordement ? | | | | | oui | non | | | | Date : | | | |
| **Contrôle** des rejets ? | | | | | non | autosurveillance | | | | | par organisme extérieur | | |

# Gestion des effluents atmosphériques

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Principaux effluents rejetés | | *Nature(s) :* | | | *Origine(s) :* |
| Installations génératrices : |  | | | | |
| Contrôle des effluents ? | non | | autosurveillance | par organisme extérieur | |

# Gestion des déchets

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Disposez-vous d’un **inventaire** de vos déchets ? | | | non | | X bilan trimestriel | | bilan annuel | | | |
| **Déchets médicaux contaminés :** | | Quantité journalière : | | | | Quantité maximale stockée : | | | |  |
| Lieu et mode de stockage : local fermé sur le parking | | | | Gestion confiée : x oui  non | | | | | Entreprise : gredha | |
| Mode d’élimination | incinération sur site enlèvement par gredha prestataire service | | | | | | | | Destination : | |
| Procédures de contrôles ou suivi des déchets contaminés médicaux ? | | | | | | oui | | X non | | |
| Procédures de contrôles ou suivi des autres déchets ? | | | | | | oui | | X non | | |
| Autres procédés de traitement des déchets sur site : | | | | | | | | | | |
| *⌦ nature des procédés :* | | | | | *⌦ quantités traitées*: 0.365 tonne mensuel | | | | | |

## DOCUMENTS A FOURNIR AVEC LE QUESTIONNAIRE

**⮱ Récépissé de déclaration / enregistrement ou Arrêté d’autorisation en vigueur et arrêtés complémentaires**

**⮱ Extraits du dernier dossier de demande d’autorisation**: présentation de l’entreprise / étude   
 d’impact et de danger.

**⮱ Dernier bilan annuel des résultats et analyses des effluents aqueux, atmosphériques**

**⮱ Le cas échéant** : - analyse environnementale ISO 14001  
 - audit environnemental de cession / acquisition,  
 - conventions de rejets,