

## Questionnaire Assurances

### Responsabilité Civile, Protection Juridique, Accident Corporel, pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Etablissement :	<b>CENTRE HOSPITALIER DE LA COTE BASQUE</b>		
Adresse :	<b>13 Avenue de l'interne Jacques LOEB 64100 BAYONNE</b>		
Téléphone :	<b>05-59-44-35-35</b>	Courriel :	<b>services.economiques@ch-cotebasque.fr</b>
N° SIRET :	<b>266 405 679 00017</b>		
Nom du Responsable des Assurances :	<b>Mr Daniel LESPADÉ</b>		
Téléphone :	<b>05-59-44-39-92</b>	Courriel :	<b>services.economiques@ch-cotebasque.fr</b>

Le contrat d'assurance de **Responsabilité Civile et Risques Annexes, Protection Juridique et Accident Corporels** seront établis sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire. Il reconnaît avoir une connaissance suffisante des risques à assurer.

### ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Détail des activités : Compléter si nécessaire

ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places	ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places
Médecine	280	105	Chir. esthétique	0	0
Chirurgie	115	25	Télémédecine (France et/ou Etranger)	10 525	Nombre d'actes N-1
Obstétrique	35		Moyen Séjour	0	0
Gynécologie			Long Séjour	150	
Réanimation	13		S.S.R.	55	15
Radiothérapie	0		E.H.P.A.D.	267	
Méd. Nucléaire	0		S.S.I.A.D.	0	
Urgences	8		H.A.D.	6	
Nombre de passages aux Urgences N-1	60 427	Passages	Autres : Préciser		
Psychiatrie Adultes	115	50			
Pédopsychiatrie	8	32			
<b>TOTAL</b>	<b>574</b>	<b>212</b>	<b>TOTAL</b>	<b>478</b>	<b>15</b>

Nombre de Lits : 1 052 lits

Nombre de Places : Places 227

**IMPORTANT :** Au titre de l'activité OBSTETRIQUE, merci de nous préciser si votre Etablissement a par le passé exercé cette activité si OUI ; merci de nous indiquer la date de fermeture de ce service.  
**SERVICE MATERNITE FERME le :** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT

Rétrocession sur médicaments :	16 656 476 €
Repas vendus à l'extérieur :	223 441 €
Prestations de Blanchisserie :	103 824 €
Exploitation d'un scanner et ou IRM :	3 156 326 €
Mise à disposition du Personnel :	5 068 628 €
Collecte pour incinération des D.A.S.R.I.	€
Location de matériel ou de locaux :	644 447 €
Prestations de livraison par drone	0 €
Prestations de réparations Automobiles	€
Prestations informatiques pour le compte de tiers	€
Si l'établissement objet de la consultation effectue de l'hébergement de données de santé, merci de nous indiquer le CA réalisé pour cette activité.	€
Autre :	€
TOTAL :	25 853 142 €

**N.B.** : En raison de certaines de vos activités, vos installations **sont-elles classées ICPE ?** **OUI - NON**

On entend par ICPE installation classée pour la Protection de l'environnement, toute exploitation industrielle susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances notamment pour la sécurité et la santé des riverains. **(Compléter page 6)**

### EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 4 166	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 16	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement : 55	
Répartition du personnel : Administratif : 356 Techniques : 368 Autres : 3 442	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	173 567 768 €

### INFORMATIONS COVID 19

	OUI	NON
L'établissement a-t-il fait l'objet de réclamations formelles des familles, des résidents ou des professionnels contaminés ?		X
Si oui : combien de dossiers sont actuellement en cours d'instruction ?	___ Dossiers	

### SERVICE DE MATERNITÉ

	OUI	NON
Nombre de naissances/an : 2085		
Nombre de décès néonatal/an : 4		
Niveau de classement de votre service Maternité : I – IIa – IIb – III : III		
La Maternité de l'Etablissement est-elle une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque ?	X	
Un Anesthésiste et un Obstétricien sont-ils toujours présents 24h/24h ?	X	
Pratiquez-vous une oxymétrie du sang du cordon fœtal ? Le résultat de l'analyse est-il reporté dans le dossier Patient ? <b>Papier + DPI</b>	X	
Taux de césariennes réalisées sur les 3 dernières années : 2022 2023 2024	15.9 % 16.7 % 17 %	

### SERVICE RADIOLOGIE

	OUI	NON
L'établissement est-il détenteur d'installations et/ou de matériels de sources de rayonnements ionisants ? ( <a href="#">Joindre la liste des matériels à rayonnements ionisants.</a> )	X	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION Soumises à déclaration, autorisation et enregistrement	OUI	
Date de la dernière inspection de l'ASN : _____ ( <a href="#">Joindre le compte rendu de la dernière inspection.</a> )		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?	X	X
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?	X	X

### SERVICE DES URGENCES

	OUI	NON
Existe-t-il un <b>SMUR - SAMU</b> ?	X	
Existe-t-il un <b>Centre 15</b> ?	X	
Nombre d'Appels réceptionnés par le Centre 15 année N-1	202 242 Appels	
Nombre de sorties effectuées année N-1	4207 Sorties	
L'Etablissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?	X	
L'Etablissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire : <b>BABCOCK</b>	X	
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) : <b>Toiture</b>		

### FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?	X	
Nombre d'élèves IFSI ? <b>330</b>		
Nombre d'élèves IFAS ? <b>30</b>		
Autres : Préciser : IFMEN Nombre 24 et en septembre 2026 : 36 Attention ces élèves DEPENDENT du CHU BORDEAUX		
Autres : Préciser : _____ Nombre _____		

### MANDATAIRE JUDICIAIRE - GÉRANT DE TUTELLE

	OUI	NON
L'Etablissement exerce-t-il la gérance de tutelle, de curatelle et et/ou de mise sous sauvegarde ?	X	
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	<b>40 Dossiers</b>	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		X

### RESPONSABILITE CIVILE G.I.E. et/ou G.C.S.

	OUI	NON
L'établissement est-il membre d'un G.I.E. ?	X	
L'établissement est-il membre d'un G.C.S. ?	X	
L'Etablissement souhaite-t-il assurer ces structures dans le contrat Responsabilité Civile ? Si OUI : Joindre Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.	X	

### AUTRES RESPONSABILITÉS

Dans le cadre de ses activités d'Etablissement Public de Santé, l'Etablissement **doit-il garantir la Responsabilité Civile personnelle** des personnes ou des activités suivantes :

	Nb de Personnes
Nombre de Résidents en E.H.P.A.D :	<b>267</b>
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	<b>330</b>
Nombre d'Adultes handicapés :	
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	<b>20</b>
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	<b>10</b>
Nombre de Pensionnaires Majeur :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique de Mineurs :	
Nombre de Personnes en Placement familiaux ou de toxicomanes :	
<b>Nombre de personnes accueillies en situation d'Urgence ou de précarité :</b>	
<b>Nombre d'Associations à assurer (à défaut ou en complément de leurs Assurances) :</b> Préciser la vocation de ces Associations : _____	

## ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

Dans le cadre du nouveau marché, l'Etablissement souhaite-t-il souscrire pour le compte des personnes désignées ci-dessous une garantie **ACCIDENTS CORPORELS** ?

**Si OUI, merci de préciser le nombre de personnes à assurer et par catégorie.**

	OUI	NON	Nombre de Personnes
SMUR – SAMU (Nombre de <u>Personnes</u> assurées au MAXIMUM en sortie simultanée).	X		29
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?			
Membres du Conseil de Surveillance :	X		16
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :	X		360
Elèves Ambulanciers :			
Elèves Autres : Préciser _____			
Bénévoles : (Si oui pour quel motif ?) _____			

## RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Le **risque environnemental** peut se matérialiser par une **pollution de l'eau, de l'air ou encore des sols, des sous-sols ou des eaux souterraines du site lui-même**. Pour gérer ce type de **risque**, l'Etablissement peut prendre différentes mesures. Tout d'abord, l'Etablissement doit prendre des mesures préventives.

	OUI	NON
Etes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ? RC pollution accidentelle et non graduelle		X
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		X
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		X
Dans l'affirmative, merci de préciser la date du sinistre, les circonstances, la nature et le montant des dommages :		
Des travaux de dépollution ont-ils été lancé ?		
Disposez-vous d'une blanchisserie ? Si OUI, en êtes-vous : PROPRIETAIRE EXPLOITANT – <del>LOCATAIRE</del> <a href="#">Rayer la mention inutile</a>	X	
Concernant le terrain : en êtes-vous PROPRIETAIRE <del>ou LOCATAIRE</del> ? Concernant les installations : PROPRIETAIRE <del>ou LOCATAIRE</del> ? Bâtiments : PROPRIETAIRE <del>ou LOCATAIRE</del> ? <a href="#">Rayer la mention inutile</a>		
Quelle est sa capacité de production ? (Tonne de linge traité par jour)		
Votre blanchisserie est-elle isolée des autres bâtiments ? oui Si la blanchisserie est implantée dans vos locaux, merci de préciser sa superficie : <b>2 162 M²</b>	X	
Votre blanchisserie est-elle : - NON CLASSEEE : oui - <del>SOUmise A ENREGISTEMENT</del> : - <del>SOUmise A AUTORISATION</del> SOUmise A DECLARATION <a href="#">Rayer la mention inutile</a>		
Existe-t'il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?	X	
Existe-t'il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?	X	

## MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. Indiquez l'année de référence : 2024	
<b>BUDGET PRINCIPAL</b>	
<b>M.C.O.</b>	<b>400 800 152€</b>
<b>Autre Budget (Préciser) :</b>	<b>€</b>
<b>A DEDUIRE (si concerné)</b>	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	6 980 200 €
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	6 560 547 €
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	510 000 €
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL :</b>	<b>386 749 405 €</b>
<b>BUDGETS ANNEXES</b>	
Maison de Retraite - EHPAD	14 907 362 €
U.S.L.D.	11 161 055 €
S.S.I.A.D.	0 €
I.F.S.I. :	2 635 508 €
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	0 €
<b>Autre Budget (Préciser) : CAMPS - SAMSAH</b>	<b>1 149 390 €</b>
<b>A DÉDUIRE (si concerné)</b>	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	116 427 €
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	0 €
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs ::	129 254 €
<b>TOTAL BUDGETS ANNEXES</b>	<b>29 607 634 €</b>
<b>TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)</b>	<b>416 357 039 €</b>

### CONTRATS EN COURS

Durant les **dix dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
<b>RESPONSABILITE CIVILE</b>	X	
<b>Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : BEAH et RELYENS</b>		
Franchise en Dommages CORPORELS :	NEANT	
Franchise en Dommages MATERIELS :	NEANT	

**Joindre la liste des sinistres CORPORELS payés ou provisionnés à plus de 50 000 €. (Voir modèle)**

Durant les **cinq dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
<b>RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur</b>		
Franchise	NEANT	

Durant les **quatre dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
<b>PROTECTION JURIDIQUE</b> (Contrat <u>SPECIFIQUE et DISTINCT</u> du Contrat Responsabilité Civile)	X	
<b>Nom de l'Assureur : RELYENS</b>		
Seuil d'intervention par sinistre pour les Agents	NEANT	
Seuil d'intervention par sinistre pour l'Etablissement	NEANT	

Durant les **quatre dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance** ? :

	OUI	NON
<b>ACCIDENTS CORPORELS</b>	X	
<b>Nom de l'Assureur : SARRE ET MOSELLE</b>		

Fait à Bayonne  
Le 18/03/2025