



QUESTIONNAIRE ASSURANCES

Groupement Hospitalier de Territoire (GHT)

Ce questionnaire est à compléter de la façon la plus exhaustive possible car ces informations seront transmises aux candidats.

En l'absence de réponse, il est possible que des précisions complémentaires soient demandées.

***Par ailleurs, il est rappelé que les données transmises ne doivent pas mentionner d'informations personnelles permettant d'identifier une personne ou un tiers.
(conformément à la réglementation RGPD)***

Questionnaire assurance
Préambule : Rappel des pièces à fournir :

N°	<u>Rappel des pièces à transmettre en format électronique</u>	<u>Transmis à RISK Partenaires</u>	
		Oui	A transmettre
1	Contrat d'assurance (conditions particulières, avenants) [GCS NORD LORRAINE UNIQUEMENT]		
2	Appels de cotisations de l'année en cours pour tous vos contrats d'assurance	X	
3	Bilan de sinistralité pour chacun de vos contrats (à demander dès à présent à vos assureurs)	X	

N°	<u>Autres documents nécessaires pour la consultation :</u>
4	Le présent questionnaire intégralement complété
5	Copie du dernier rapport d'activité (si concerné)
6	Copie du dernier avis de la Commission de Sécurité
7	Copie des arrêtés préfectoraux classant les éventuelles installations ICPE (sources de rayonnements ionisants, regroupement ou tri de déchets d'activités de soins à risque infectieux, etc.).
8	Pour l'établissement support uniquement : le paragraphe que vous insérez habituellement dans le règlement de consultation pour la remise des offres électroniques (dématérialisation), si vous souhaitez qu'il soit intégré au règlement de consultation

Questionnaire assurance
AJ Informations administratives :

N°	<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>
A1	Nom de l'Etablissement :	Centre Hospitalier de Briey
A2	Adresse :	31, avenue Albert de Briey
A3	Code postal :	54150
A4	Ville :	VAL DE BRIEY
A5	Téléphone :	03.82.47.50.00
A6	Adresse mail :	direction@ch-briey.fr
A7	Nom du représentant légal de l'Etablissement	Monsieur Dominique PELJAK
A8	Fonction du représentant légal (Directeur, Président...) :	Directeur Général
A9	Nombre total d'agents :	949
A10	Nombre total de membres du conseil de surveillance (conseil d'administration) :	9 membres
A11	Nom de l'organisme comptable Public assignataire des paiements :	Trésor Public des Etablissements Hospitaliers 1, route du Château ARS LAQUENEXY 57085 METZ Cedex 03
A12	Montant brut total des rémunérations versées au personnel pour l'année N-1 : (hors charges patronales et hors indemnités des élus)	
A13	Pour l'établissement support uniquement : Durée totale de marché souhaitée :	-
A14	La commission de sécurité a-t-elle fourni un avis favorable? (Oui/Non) Joindre la copie du dernier avis de la commission	
A15	Possédez-vous une plaquette de présentation de l'établissement ? (Oui/Non) Si oui, merci de nous la faire parvenir	

Renseignements sur la dématérialisation :
(le cas échéant si la procédure l'exige)

A16	Adresse internet (URL) de votre site de dématérialisation :	
-----	---	--

Questionnaire assurance

AJ Informations administratives :

A17	EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses) / Budget Principal :	
	Fonctionnement (N-1) :	
	Recettes :	60 954 620 €
	Dépenses :	67 157 214 €
	Investissement (N-1) :	
	Recettes :	
	Dépenses :	

A18	EPRD / Budget(s) annexe(s) : (à ne compléter que si l'établissement est concerné)		
	Nom du budget annexe	Fonctionnement (N-1) :	Investissement (N-1) :
	E (EHPAD) recettes	7 807 604 €	
	E (EHPAD) dépenses	9 364 150 €	
	C (écoles) recettes	1 538 860 €	
	C (écoles) dépenses	1 538 860 €	

A19	Si vous avez un ou plusieurs établissement(s) secondaire(s), complétez le tableau ci-dessous :		
	Nom / Adresse	Activités	Nombre de lits/places total
	EHPAD Merisiers 17, rue du Rond Poirier - 54150 Val de Brie	Hébergement médicalisé d'accueil des personnes âgées dépendantes	50 lits
	EHPAD Stern 4, avenue Clémenceau - 54150 Val de Brie	Hébergement médicalisé d'accueil des personnes âgées dépendantes	89 lits
	IFSI/IFAS	Enseignement supérieur	
	Centre Médico-Psychologique Infanto-juvénile Quartier Les Vignottes - 54150 Val de Brie	Consultations et Hospitalisation de Jour de Pédiopsychiatrie	4 places
	Centre Médico-Psychologique Infanto-juvénile2, avenue Hippolyte d'Huart - 54400 Longwy	Consultations et Hospitalisation de Jour de Pédiopsychiatrie	4 places
	Centre Médico-Psychologique pour adultes40, rue Jean Jaurès - 54800 Jarny	Consultations de Psychiatrie	

Concernant des éventuelles ventilations de cotisations entre différents services / budgets :

Les assureurs nous ont fait part d'une difficulté en termes de charge de travail et de moyens humains pour répondre aux différentes ventilations sollicitées. De ce fait, ils effectuent une sélection des dossiers en fonction de leur complexité et ne répondent plus à l'intégralité des consultations.

Si des ventilations de cotisation sont nécessaires, RISK Partenaires préconise de demander uniquement au candidat attributaire du marché de procéder à une ventilation sur les appels de cotisation, à condition de lui transmettre une clef de répartition.

Questionnaire assurance
B] Responsabilité Civile – Généralités :

	Oui	Non
B0	X	

Si oui, merci de compléter les questions ci-après (onglets RC) et transmettre les pièces suivantes :

PIECES A TRANSMETTRE	Joint (X)	Non joint (X)
Dernier appel de cotisation annuel N-1 (y compris régularisation)	X	
Statistiques sinistres sur 10 ans OBLIGATOIREMENT	X	
Contrat d'assurance (conditions particulières, avenants) [GCS NORD LORRAINE UNIQUEMENT]		
La copie du dernier rapport d'activité	X	
La copie du dernier avis de la Commission de Sécurité	x	

B1	Rappel des assurances antérieures - RESPONSABILITÉ CIVILE	Assureur	Courtier
	Année N	RELYENS	
	Année N-1	RELYENS	
	Année N-2	RELYENS	
	Année N-3	RELYENS	
	Année N-4	RELYENS	
	Année N-5	RELYENS	
	Année N-6	RELYENS	
	Année N-7	RELYENS	
	Année N-8	RELYENS	
	Année N-9	RELYENS	
	Année N-10	RELYENS (SHAM)	

	Montant en €
B2	Indiquez le montant en € des Recettes EPRD
	Recettes tous budgets : 70 301 084 €
	Pour les établissements non concernés par l'EPRD: Indiquez le budget <u>fonctionnement</u> (N-1) tous budgets confondus.
	Dépenses tous budgets : 78 060 224 €
	Pour les établissements non concernés par l'EPRD: Indiquez le budget <u>investissement</u> (N-1) tous budgets confondus.

Si les chiffres mentionnés ci-dessus sont amenés à connaître une forte variation (fusion d'établissement par exemple), nous vous remercions de préciser les projets ou évolutions à venir et les chiffres prévisionnels correspondants)

B3	Si vous avez un ou plusieurs établissement(s) secondaire(s), complétez le tableau ci-dessous :		
	Nom / Adresse	Activités	Nombre total de lits/places
	EHPAD Merisiers 17, rue du Rond Poirier - 54150 Val de Briey	Hébergement médicalisé d'accueil des personnes âgées dépendantes	50 lits
	EHPAD Stern 4, avenue Clémenceau - 54150 Val de Briey	Hébergement médicalisé d'accueil des personnes âgées dépendantes	89 lits
	IFSI/IFAS	Enseignement supérieur	

Centre Médico-Psychologique Infanto-juvénile Quartier Les Vignottes - 54150 Val de Briey	Consultations et Hospitalisation de Jour de Pédopsychiatrie	4 places
Centre Médico-Psychologique Infanto-juvénile 2, avenue Hippolyte d'Huart - 54400 Longwy	Consultations et Hospitalisation de Jour de Pédopsychiatrie	4 places
Centre Médico-Psychologique pour adultes 40, rue Jean Jaurès - 54800 Jarny	Consultations de Psychiatrie	

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B4	Autres entités à assurer en responsabilité civile (association, amicale,...) :		
	Nom	Adresse	Activités
	Amicale du CH Briey	31 Av Albert de Briey 54150 Val de Briey	
	Association ANIMAVI	4 Av Clémenceau 54150 Val de Briey	

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B1 Responsabilité Civile – Activités :

N°	Questions	Réponses
----	-----------	----------

B5	Activités générales de l'Etablissement (au 31/12/N-1) <i>(Vous pouvez nous faire parvenir votre liste interne des activités exercées)</i>	
----	---	--

Activités générales :	Nombre de lits / places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Hospitalisation à temps complet (hospitalisation complète)	103 (MCO)	31 632	
Hospitalisation à temps partiel (séances de soins)			
Hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire + HDJ médecine)	19	2 614	
HAD (hospitalisation à domicile)			
EHPAD (Hébergement Personnes âgées)	139	45 935	
Unité Alzheimer			
Accueil de jour			
SSR (Soins de suite et de réadaptation)	20	6 531	
SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile)			
USLD (Unité de soins de longue durée)			
MAS (Maison Accueil spécialisée)			
ESAT (Etablissement et service d'aide par le travail)			
FAM (Foyer accueil médicalisé)			
Foyer occupationnel (Foyer de vie)			
FAS (Foyer accueil spécialisé)			
IME (Institut médico-éducatif)			
Autres : (à préciser)	Nombre de lits / places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Hospitalisation à temps complet psychiatrie (hospitalisation complète)	30	6 447	
Hospitalisation de jour psychiatrie (adulte et pédopsychiatrie)	14	3 661	

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B1 Responsabilité Civile – Activités MCO :

B6	Activités spécifiques exercées <i>(Tableau à compléter uniquement si vous êtes concerné par certaines de ces activités)</i>
----	---

Médecine :	Nombre de lits/places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Médecine interne (polyvalente) HC	15	5 778	
HDJ médecine	6	1 791	
Neurologie			
Cancérologie			
Cardiologie	10	3 375	
Gériatrie	15	5 529	
Pédiatrie	8	1 744	
Gastro-entérologie			
Pneumologie	15	5 924	
Dentaire			
Néphrologie			
Obstétrique	16	2 850	
Gynécologie	2	473	
Psychiatrie HC	30	6 447	
Psychiatrie HJ	14	3 661	
Dialyse			
Radiologie / imagerie médicale			
Médecine nucléaire			

Chirurgie :	Nombre de lits/places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Chirurgie générale	16	3 441	
Chirurgie-urologie			
Neuro-chirurgie			
Chirurgie-orthopédie			
Chirurgie digestive			
Chirurgie vasculaire			
Chirurgie gynécologie			
Chirurgie cardiaque			
Chirurgie pédiatrie			
Chirurgie ophtalmologie			
Chirurgie ORL			
Chirurgie stomatologie			
Chirurgie Ambulatoire	13	823	
Chirurgie esthétique			

Urgences :	Nombre de lits/places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Service des urgences	4 lits UHCD + 2 lits Unité Post Urgence	2 518 journées HC 22 911 passages	
SAMU			
SMUR		608 sorties	

Autres spécialités de l'établissement (à préciser)	Nombre de lits/places total	Nombre de journées par an	Prix par journée

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance
B1 Responsabilité Civile – Répartition des agents :

B7	Répartition des agents	
	Profession	Nombre (en personnes physiques)
	Direction :	4
	Agents Administratifs :	87
	Agents techniques :	100
	Agents éducatifs :	20
	Animateurs :	2
	Médecins :	23
	Chirurgiens :	8
	Anesthésistes :	3
	Radiologues :	3
	Pharmaciens :	2
	Gynécologues-obstétriciens :	6
	Dentistes :	1
	Psychiatres :	2
	Sage-femmes :	23
	Pédiatres :	1
	Diététiciens :	3
	Ergothérapeutes :	1
	Masseurs-Kinésithérapeutes :	3
	Prothésistes :	0
	Psychomotriciens :	1
	Aide-soignants :	173
	Infirmiers :	167
	ASH :	59
Autres : (à préciser ci-dessous) :		
	Profession	Nombre (en personnes physiques)
	Internes	30
	Etudiants IFSI	139
	Apprenti	4

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance
BI Responsabilité Civile – Spécificités:

N°	Questions	Réponses		
		Oui		Non
		Gestion directe	Gestion déléguée	
B8	Avez-vous des déchets de soin ?	X (centralisation)	X (collecte et élimination)	
B9	La Collectivité s'occupe-t-elle d'un ou plusieurs service(s) de restauration / cantine(s) ?		X	
B10	Blanchisserie(s) (si oui, merci de renseigner le tableau ICPE en page suivante)	X traitement du linge des résidents	X	
		Oui		Non
B11	L'établissement gère-t-il des mesures de tutelle / curatelle, mises sous sauvegarde ?			X
B12	L'établissement organise-t-il des sorties et/ou le déplacement des résidents ?	X		
B13	L'établissement effectue-t-il de la préparation de produits pharmaceutiques ?	X		
B14	L'établissement effectue-t-il de la vente de produits pharmaceutiques ?	X		
B15	L'établissement effectue-t-il des recherches médicales et expérimentations ?			X
B16	L'établissement a-t-il une activité de formation (IFSI, IFAS, ...) ? <i>Si oui, nombre annuel d'élèves concernés pour chaque formation</i>	X IFSI 150 élèves en 2026 IFAS 60 élèves		
B17	Exercez-vous ou pouvez vous être amené à exercer des activités de tous ordres à l'étranger ? <i>Si oui, détails des activités et pays concernés</i>			X
B18	Intervenez-vous en maîtrise d'ouvrage / d'œuvre, pour le compte de tiers ? (Assistance, aide au montage de dossiers, surveillance de chantier, ...)			X
B19	L'établissement a-t-il un agrément pour l'hébergement de données informatiques de santé ?			X
B20	Possédez-vous des chapiteaux ?			X
B21	Possédez-vous des gradins, tribunes et/ou estrades démontables de plus de 500 places ?			X
B22	Êtes-vous organisateur de foires et/ou d'expositions à caractère commercial, industriel ou agricole ?			X
B23	Intervenez-vous en maîtrise d'ouvrage pour le compte de tiers ? (Définition Maître d'Ouvrage : entité pour laquelle l'ouvrage est construit)			X
	<i>Si oui, précisez la nature de votre intervention, les opérations concernées ainsi que leurs montants</i>			
B24	Intervenez-vous en maîtrise d'œuvre pour le compte de tiers ? (Définition Maître d'Ouvrage : entité choisie par le maître d'ouvrage pour la conduite opérationnelle des travaux)			X
	<i>Si oui, précisez la nature de votre intervention, les opérations concernées ainsi que leurs montants</i>			
B25	Effectuez-vous des réparations / entretiens de véhicules pour le compte de tiers ? (par ex : réparations de véhicules pour le compte d'un autre établissement) (Si oui, un questionnaire complémentaire pourra vous être envoyé)			X

Questionnaire assurance

BI Responsabilité Civile – Spécificités:

N°	Questions	Réponses
----	-----------	----------

B26	Mesures de prévention mises en place pour la réduction des risques :	Oui	Non	Description
	<i>Traçabilité dossier patient</i>	X		
	<i>Prévention du risque infectieux</i>	X		
	<i>Dépistage des bactéries multi-résistantes</i>	X		
	<i>Stérilisation certifiée ISO</i>		X	
	<i>Autres mesures de prévention : (à préciser)</i>			

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B27	Indiquez les activités proposées aux résidents :	Activités proposées
		Diverses (animations musicales, sorties, etc)

B28	- Biens livrés à des tiers - Si vous livrez des biens / produits à des tiers, complétez le tableau ci-dessous :	Oui	Non	Montant annuel des recettes
	<i>Repas</i>		x	
	<i>Linge</i>		x	
	<i>Médicaments</i>	x		1 594 920,00 €
	<i>Autres biens livrés à des tiers (préciser type et recettes) :</i>			

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B29	Activités aériennes	Oui	Non	Précisions
	Votre établissement dispose-t-il d'un hélicoptère, ou hélisurface ? (ou tout autre dispositif permettant l'atterrissage d'un engin aérien) ?	X		
	Si oui, l'établissement gère-t-il l'installation ?	X		
	Votre établissement possède-t-il des appareils de navigation aérienne (hélicoptère...) ?		X	
	Si oui, les pilotes sont-ils des agents de l'établissement ?			
	Si oui, les appareils sont-ils propriété de l'établissement ?			

LEXIQUE :

ICPE : Installations Classées pour la Protection de l'Environnement (Article L511-2 Code de l'environnement)

Loi sur l'Eau : Installations Classées au titre de la Loi sur l'Eau (Article L214-1 Code de l'environnement)

NS : Non Soumis

D : Soumis à Déclaration

E : Soumis à Enregistrement

A : Soumis à Autorisation

Ces informations sont généralement mentionnées dans l'Arrêté Préfectoral (à nous faire parvenir)

Nom / Type	Localisation	Qualité (exploitant / non exploitant)	Capacité	Autres renseignements	Si installation concernée, cochez la ou les cases					
					ICPE Soumise à déclaration	ICPE Soumise à enregistrement	ICPE Soumise à autorisation	Loi sur l'Eau Soumise à déclaration	Loi sur l'Eau Soumise à enregistrement	Loi sur l'Eau Soumise à autorisation

Blanchisserie(s)

Autre(s) installation(s) classée(s) pour la protection de l'environnement

(station d'épuration, déchetterie, réservoirs, citernes, centre de traitement des déchets, station de transit, compostage, centre d'enfouissement, usine d'incinération, etc...)

Rubrique 4725 alinéa 2	Extérieur, bâtiment H	Exploitant	165,6 tonnes		X					
Rubrique 2910 alinéa A-2	Extérieur chaufferie	Exploitant	3 MW		X					

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance
B1 Responsabilité Civile – Imagerie médicale

LEXIQUE :	
ASN : Autorité de sûreté nucléaire	
Textes en vigueur sur la protection de la population contre les rayonnements ionisants : L.1333-1 et suivants, et R.1333-1 et suivants du Code de la santé publique ; R.162-53 du Code de la sécurité sociale.	
NS : Non Soumis	
D : Soumis à Déclaration	<i>Ces informations sont généralement mentionnées dans le document de l'ASN (à nous faire parvenir)</i>
A : Soumis à Autorisation	

B31	Si vous exercez des activités de radiologie / imagerie médicale, complétez le tableau ci-après :
-----	---

	Classement de l'appareil (Autorité de Sûreté Nucléaire) Précisez si soumis à autorisation / déclaration / non soumis	Spécificités techniques (ou joindre tout document descriptif)			
		Marque	Modèle	Valeur achat TTC	Année
Scanner	Autorisation	GE	Révolution Maxima	432 000,00 €	2022
IRM	Autorisation	Les deux IRM installés au CH de Briey, le sont dans le			
Endoscopie 2 colonnes vidéo et 10 endoscopes souples	non soumis	Olympus		650 000,00 €	2010/2022
Échographie (obstétrique)	non soumis	GE	Voluson E10	95 000,00 €	2023
Échographie (hors obstétrique)	non soumis	Fujifilm	Arrieta 850	65 000,00 €	2023
Échographie (hors obstétrique)	non soumis	Fujifilm	Arrieta 850	65 000,00 €	2022
Échographie (hors obstétrique)	non soumis	Philips	Affiniti 70	30 000,00 €	2018
Radiologie interventionnelle	Déclaration	Philips	BV Endura	83 000,00 €	2011
Radiologie interventionnelle	Déclaration	GE	EOC 9900	130 000,00 €	2012
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : Table télécommandée	Déclaration	Primax	Clisis Evolution	294 000,00 €	2021
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : Table télécommandée	Déclaration	Primax	Clisis Evolution	209 000,00 €	2021
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : Mammographe	Déclaration	Primax	Giotto image 3DL	250 000,00 €	2014
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : Ostéodensitomètre	Déclaration	GE	Prodigy Pro Compact	87 000,00 €	2024
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : Appareil de radiologie mobile	Déclaration	Primax	Exairo Plus	48 000,00 €	2022