



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]	X	
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	En attente BEAH pour 2020 et 2021

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
A) Informations administratives :

N°	Questions	Réponses
A1	Nom de l'Etablissement :	EPSM METZ JURY
A2	Adresse :	BP 75088
A3	Code postal :	57073
A4	Ville :	METZ CEDEX 3
A5	Téléphone :	03 87 56 39 39
A6	Adresse mail :	directeur@epsm-metz-jury.fr
A7	Nom du représentant légal de l'Etablissement	Olivier ASTIER
A8	Fonction du représentant légal (Directeur, Président...) :	Directeur
A9	Nombre total d'agents :	741
A10	Nombre total de membres du conseil de surveillance (conseil d'administration) :	11
A11	Nom de l'organisme comptable Public assignataire des paiements :	Trésorerie Principale des Etablissements Hospitaliers METZ-THIONVILLE 1 allée du Château - CS 650003 - 57085 METZ CEDEX 3
A12	Montant brut total des rémunérations versées au personnel pour l'année N-1 : (hors charges patronales et hors indemnités des élus)	31 312 188,85 €
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	OUI
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
A] Informations administratives :

A17	EPRD (Etat Prévisionnel des Recettes et Dépenses) / Budget Principal :	
	Fonctionnement (N-1) :	
	Recettes :	61 726 023,00 €
	Dépenses :	58 521 958,00 €
	Investissement (N-1) :	
	Recettes :	6 745 256,00 €
	Dépenses :	4 353 860,00 €

A18	EPRD / Budget(s) annexe(s) : <i>(à ne compléter que si l'établissement est concerné)</i>		
	Nom du budget annexe	Fonctionnement (N-1) :	Investissement (N-1) :
	Budget P - CSAPA	967 618,00 €	
	Budget S - MAS	3 674 058,00 €	

A19	Si vous avez un ou plusieurs établissement(s) secondaire(s), complétez le tableau ci-dessous :		
	Nom / Adresse	Activités	Nombre de lits/places total

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 Souhaitez-vous assurer les responsabilités de l'Etablissement ?	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		
Contrat d'assurance (conditions particulières, avenants) [GCS NORD LORRAINE UNIQUEMENT]	X	
La copie du dernier rapport d'activité	2023(2024 non finalisé)	
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	BEAH	AMTRUST INTERNATIONAL
	Année N-4	BEAH	AMTRUST INTERNATIONAL
	Année N-5	RELYENS	
	Année N-6	RELYENS	
	Année N-7	RELYENS	
	Année N-8	RELYENS	
	Année N-9	RELYENS	
	Année N-10	RELYENS	

	Montant en €
B2	Indiquez le montant en € des Recettes EPRD
	66 367 699,00 €
	Pour les établissements non concernés par l'EPRD: Indiquez le budget <u>fonctionnement</u> (N-1) tous budgets confondus.
	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

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B4	Autres entités à assurer en responsabilité civile (association, amicale,...) :		
	Nom	Adresse	Activités

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 <i>(hospitalisation complète)</i>	138	48780	
Hospitalisation à temps partiel <i>(séances de soins)</i>	45	6474	
Hospitalisation de jour <i>(chirurgie ambulatoire)</i>			
HAD <i>(hospitalisation à domicile)</i>			
EHPAD <i>(Hébergement Personnes âgées)</i>			
Unité Alzheimer			
Accueil de jour			
SSR <i>(Soins de suite et de réadaptation)</i>			
SSIAD <i>(Service de soins infirmiers à domicile)</i>			
USLD <i>(Unité de soins de longue durée)</i>			
MAS <i>(Maison Accueil spécialisée)</i>	37	13032	
ESAT <i>(Etablissement et service d'aide par le travail)</i>			
FAM <i>(Foyer accueil médicalisé)</i>			
Foyer occupationnel <i>(Foyer de vie)</i>			
FAS <i>(Foyer accueil spécialisé)</i>			
IME <i>(Institut médico-éducatif)</i>			
Autres : (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
B] 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			
Neurologie			
Cancérologie			
Cardiologie			
Gériatrie			
Pédiatrie			
Gastro-entérologie			
Pneumologie			
Dentaire			
Néphrologie			
Obstétrique			
Psychiatrie	17	6222	
Dialyse			
Radiologie / imagerie médicale			
Médecine nucléaire			

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

Urgences :	Nombre de lits/places total	Nombre de journées par an	Prix par journée
Service des urgences			
SAMU			
SMUR			

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 :	3
	Agents Administratifs :	70
	Agents techniques :	71
	Agents éducatifs :	47
	Animateurs :	2
	Médecins :	3
	Chirurgiens :	
	Anesthésistes :	
	Radiologues :	
	Pharmaciens :	1
	Gynécologues-obstétriciens :	
	Dentistes :	
	Psychiatres :	39
	Sage-femmes :	
	Pédiatres :	
	Diététiciens :	2
	Ergothérapeutes :	4
	Masseurs-Kinésithérapeutes :	
	Prothésistes :	
	Psychomotriciens :	5
	Aide-soignants :	118
	Infirmiers :	296
	ASH :	
Autres : (à préciser ci-dessous) :		
	Psychologues	34
	Cadres supérieur et cadres de santé	27
	Accueillants familial	1
	Agents médico-techniques	7
	Internes et FFI	11

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance
BJ Responsabilité Civile – Spécificités:

N°	Questions	Réponses		
		Oui		Non
		Gestion directe	Gestion déléguée	
B8	Avez-vous des déchets de soin ?		X	
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
		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
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
	Si oui, précisez la nature de votre intervention, les opérations concernées ainsi que leurs montants			
B24	Intervenez-vous en maîtrise d'œuvre pour le compte de tiers ? (Définition Maître d'Ouvre : entité choisie par le maître d'ouvrage pour la conduite opérationnelle des travaux)			X
	Si oui, précisez la nature de votre intervention, les opérations concernées ainsi que leurs montants			
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
BJ 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		Présence d'une équipe opérationnelle d'hygiène
	<i>Dépistage des bactéries multi-résistantes</i>	X		Analyses effectuées par le laboratoire du GHT
	<i>Stérilisation certifiée ISO</i>		X	non concerné
	<i>Autres mesures de prévention : (à préciser)</i>			

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

		Activités proposées		
B27	Indiquez les activités proposées aux résidents :	Sorties thérapeutiques		

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	
	<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, d'un héliport, d'une 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 ?		X	
	Si oui, les appareils sont-ils propriété de l'établissement ?		X	

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

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

E : Soumis à Enregistrement

A : Soumis à Autorisation

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...)

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	Ces informations sont généralement mentionnées dans le document de l'ASN (à nous faire parvenir)
D : Soumis à Déclaration	
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					
IRM					
Endoscopie					
Échographie (obstétrique)					
Échographie (hors obstétrique)					
Radiologie interventionnelle					
Autres sources de rayonnements ionisants à usage médical : (à préciser)					

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire