



QUESTIONNAIRE ASSURANCES GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Ce questionnaire a pour objet le recensement des besoins de chaque établissement. Il comporte 9 onglets au total.

Afin de respecter les délais de la procédure, le questionnaire et les pièces annexes sont à transmettre au plus tard **le 28/09/2021**

Le dépôt des pièces et du questionnaire s'effectue sur le serveur de RISK Partenaires, se reporter au mail de démarrage de mission.

LISTE DES DOCUMENTS A TRANSMETTRE A RISK PARTENAIRES PAR CHAQUE ETABLISSEMENT:

- Dernier appel de cotisation pour chaque établissement
- Statistiques sinistres pour chaque établissement. Ces documents sont à demander immédiatement à vos assureurs sur les 10 dernières années (par téléphone + envoi du modèle de courrier joint). ATTENTION, les statistiques doivent impérativement avoir été actualisées récemment et porter sur les 10 dernières années).
- Le questionnaire intégralement complété
- Copie du dernier rapport d'activité
- Montant des recettes EPRD

Questionnaire assurance
A1 Informations administratives :

N°	<u>Questions</u>	<u>Réponses</u>
A1	Nom de l'Etablissement :	EHPAD Sans Souci
A2	Adresse :	19 rue de la forêt
A3	Code postal :	57 150
A4	Ville :	CREUTZWALD
A5	Téléphone :	03.87.93.07.67
A6	Télécopie :	03.87.90.17.45
A7	Adresse mail :	sec-creutzwald@ch-boulay.fr
A8	Nom du représentant légal de l'Etablissement	Marie-Odile SAILLARD
A9	Fonction du représentant légal (Directeur, Président...) :	Directrice Générale
A10	Nombre total d'agents (ensemble des agents, personnes physiques) :	68
A11	Nombre total de membres du conseil de surveillance	9
A12	Nom de l'organisme comptable Public assignataire des paiements :	Trésorerie Établissements Hospitaliers Metz-Thionville

Questionnaire assurance
B1 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)
Le dernier rapport d'activité		X L'établissement n'a pas de rapport d'activité.
Statistiques sinistres sur 10 ans OBLIGATOIREMENT		
Appel de cotisation annuel N-1 (y compris régularisation)		

B1	Rappel des assurances antérieures - RESPONSABILITÉ CIVILE	Assureur	Courtier
	Année 2011	Yvelin	
	Année 2012	Yvelin	
	Année 2013	Yvelin	
	Année 2014	Yvelin	
	Année 2015	Yvelin	
	Année 2016	Yvelin	
	Année 2017	Yvelin	
	Année 2018	SHAM	
	Année 2019	SHAM	
	Année 2020	SHAM	
	Année 2021	BEAH	

	Montant en €
B2 Indiquez le montant en € des Recettes EPRD à défaut, indiquez le budget fonctionnement (N-1) tous budgets confondus	3 406 355,13 €

B3	Si vous avez un ou plusieurs établissement(s) secondaire(s), complétez le tableau ci-dessous :		
	Nom / Adresse	Activités	Nombre total de lits/places
	SSIAD 19 rue de la forêt 57150 CREUTZWALD	service de soins infirmiers à domicile	41

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

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



Questionnaire assurance

B1 Responsabilité Civile – Activités

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 total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
	Hospitalisation à temps complet (<i>hospitalisation complète</i>)			
	Hospitalisation à temps partiel (<i>séances de soins</i>)			
	Hospitalisation de jour (<i>chirurgie ambulatoire</i>)			
	HAD (<i>hospitalisation à domicile</i>)			
	EHPAD (<i>Hébergement Personnes âgées</i>)	80		26800
	Unité Alzheimer			
	Accueil de jour			
	SSR (<i>Soins de suite et de réadaptation</i>)			
	SSIAD (<i>Service de soins infirmiers à domicile</i>)		41	13400
	USLD (<i>Unité de soins de longue durée</i>)			
	MAS (<i>Maison Accueil spécialisée</i>)			
	ESAT (<i>Etablissement et service d'aide par le travail</i>)			
	FAM (<i>Foyer accueil médicalisé</i>)			
	Foyer occupationnel (<i>Foyer de vie</i>)			
	Autres (à préciser) :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B] Responsabilité Civile – Activités MCO / Psychiatrie :

B6	Activités spécifiques exercées (au 31/12/N-1)
----	---

Médecine :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
Médecine interne			
Neurologie			
Cancérologie			
Cardiologie			
Gériatrie			
Pédiatrie			
Gastro-entérologie			
Pneumologie			
Dentaire			
Néphrologie			
Obstétrique			
Nombre de naissances			
Niveau de la maternité			
Psychiatrie			
Dialyse			
Radiologie / imagerie médicale			
Radiothérapie			
Nombre de séances de radiothérapie			
Médecine nucléaire			

Chirurgie :	Nombre total de lits	Nombre total de places	Nombre de journées par an
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			

Services des urgences	Nombre de passages / sorties /an	Nombre total de lits & nombre de places	Nombre de journées par an
Service des urgences			
SAMU / SMUR			

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

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B] Responsabilité Civile – Répartition des agents :

B7	Répartition des agents au 31/12/N-1	
	Profession	Nombre (en équivalent temps plein)
	Direction :	0,10
	Agents Administratifs :	0,80
	Agents techniques :	4,23
	Agents éducatifs :	
	Animateurs :	
	Médecins :	0,20
	Chirurgiens :	
	Anesthésistes :	
	Radiologues :	
	Pharmaciens :	
	Gynécologues-obstétriciens :	
	Dentistes :	
	Psychiatres :	
	Sage-femmes :	
	Pédiatres :	
	Diététiciens :	
	Ergothérapeutes :	
	Masseurs-Kinésithérapeutes :	
	Prothésistes :	
	Psychomotriciens :	
	Aide-soignants :	22,63
	Infirmiers :	4,47
	ASH :	25,13
Autres : (à préciser ci-dessous) :		
	Profession	Nombre (en équivalent temps plein)
	cadre de santé	1
	ergothérapeute	0

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance
B1 Responsabilité Civile – Spécificités :

		Oui		Non
		Gestion directe	Gestion déléguée	
B8	L'établissement a-t-il des déchets de soin ?		X	
B9	L'établissement a-t-il un ou plusieurs service(s) de restauration / cantine(s) ?	X		
B10	L'établissement a-t-il une ou plusieurs blanchisserie(s) ? (si oui & si gestion directe, merci de renseigner le tableau en page suivante)	X	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 / patients ?	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, ...) ? Si oui, nombre annuel d'élèves concernés pour chaque formation		X
B17	Exercez-vous ou pouvez vous être amené à exercer des activités de tous ordres à l'étranger ? Si oui, détails des activités et pays concernés		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	- Biens livrés à des tiers - Si vous livrez des biens / produits à des tiers, complétez le tableau ci-dessous :	Oui	Non	Recettes € N-1 ou prévisionnel
	<i>Repas</i>			
	<i>Prestations de blanchisserie</i>			
	<i>Médicaments</i>			
	<i>Autres biens livrés à des tiers (préciser type et recettes) :</i>			

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B21	Activités aériennes	Oui	Non	Précisions
	Votre établissement dispose-t-il d'un hélicoptère, d'un hélistation, ou d'une hélisurface ? (ou tout autre dispositif permettant l'atterrissage d'un engin aérien) ?		X	
	Si oui, l'établissement gère-t-il l'installation ?			

Votre établissement possède-t-il des appareils de navigation aérienne (hélicoptère...) ?

Si oui, les pilotes sont-ils des agents de l'établissement ?

Si oui, les appareils sont-ils propriété de l'établissement ?

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

B22

B1 Responsabilité Civile - Renseignements ICPE / Loi sur l'Eau :

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)										
Linge des résidents	sous-sol bâtiment	exploitant		détection incendie						

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

BI 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 ;	
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	

B23	Si vous exercez des activités de radiologie / imagerie médicale, complétez le tableau ci-après :
-----	---

	Classement de l'appareil <i>(Autorité de Sûreté Nucléaire)</i> Précisez si soumis à autorisation / déclaration / non soumis
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