



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		
3	Bilan de sinistralité pour chacun de vos contrats (à demander dès à présent à vos assureurs)		

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 :	GCS Nord Lorraine
A2	Adresse :	1 rue du Château
A3	Code postal :	57085
A4	Ville :	METZ cedex 03
A5	Téléphone :	0387557986
A6	Adresse mail :	dalh.secretariat@chr-metz-thionville.fr
A7	Nom du représentant légal de l'Etablissement	Dominique PELJAK
A8	Fonction du représentant légal (Directeur, Président...) :	Administrateur
A9	Nombre total d'agents :	170
A10	Nombre total de membres du conseil de surveillance (conseil d'administration) :	10
A11	Nom de l'organisme comptable Public assignataire des paiements :	Eric ROLLIN Trésor Public
A12	Montant brut total des rémunérations versées au personnel pour l'année N-1 : (hors charges patronales et hors indemnités des élus)	6 785 158,44€
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	non

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 :	15 924 648,88 €
	Dépenses :	15 898 497,50 €
	Investissement (N-1) :	
	Recettes :	
	Dépenses :	177 178,04€

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) :

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

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

	Montant en €
B2	Indiquez le montant en € des Recettes EPRD
	15 924 648,88 €
	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

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 (hospitalisation complète)			
Hospitalisation à temps partiel (séances de soins)			
Hospitalisation de jour (chirurgie ambulatoire)			
HAD (hospitalisation à domicile)			
EHPAD (Hébergement Personnes âgées)			
Unité Alzheimer			
Accueil de jour			
SSR (Soins de suite et de réadaptation)			
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

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

Questionnaire assurance

BJ 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			
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 :	
	Agents Administratifs :	
	Agents techniques :	
	Agents éducatifs :	
	Animateurs :	
	Médecins :	
	Chirurgiens :	
	Anesthésistes :	
	Radiologues :	
	Pharmaciens :	
	Gynécologues-obstétriciens :	
	Dentistes :	
	Psychiatres :	
	Sage-femmes :	
	Pédiatres :	
	Diététiciens :	
	Ergothérapeutes :	
	Masseurs-Kinésithérapeutes :	
	Prothésistes :	
	Psychomotriciens :	
	Aide-soignants :	
	Infirmiers :	
	ASH :	
Autres : (à préciser ci-dessous) :		
Profession	Nombre (en personnes physiques)	
agents de restauration	170	

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
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)			
			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, ...) ? 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	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	X		
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

B1 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

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		15 924 648,88 €
	<i>Linge</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'une 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 ?		X	
			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

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...)

NB : vous pouvez ajouter des lignes si nécessaire

B) 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 A : Soumis à Autorisation	<i>Ces informations sont généralement mentionnées dans le document de l'ASN (à nous faire parvenir)</i>

B31	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	Spécificités techniques <i>(ou joindre tout document descriptif)</i>			
		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