

# **QUESTIONNAIRE D'APPRECIATION DES RISQUES**

## **RESPONSABILITE CIVILE GENERALE**

## 1/ IDENTIFICATION :

Souscripteur : G.C.S. U.T.I.L  
Adresse : 1, rue de la briqueterie - 80800 VILLERS-BRETONNEUX  
Classement de l'établissement :

## 2/ ACTIVITES :

\* ACTIVITE PRINCIPALE : Blanchisserie Industrielle

\* ACTIVITES RELEVANT DE BUDGETS ANNEXES (Maison de retraite, long séjour, dotation non affectée, etc.) :

\* Les activités de certaines associations doivent-elles être assurées par le présent contrat ?

OUI ☐ NON ☐

Si OUI, liste et activité de ces associations :

## 3/ ELEMENTS TECHNIQUES D'APPRECIATION DES RISQUES :

Les questions ci-après concernent le dernier exercice connu.

AUCUNE ACTIVITE  
DE SOIN & HEBERGEMENT

### \* ACTIVITES :

- Nombre total de lits :

- Nombre de journées d'hospitalisation :

- Nombre de journées d'hébergement (Champm.) :

- Nombre de naissances de l'exercice précédent :

- Autres renseignements :

- Le Centre Hospitalier est-il un Centre de référence :

pour les naissances ?

OUI ☐

NON ☐

pour la traumatologie à haut risque ?

OUI ☐

NON ☐



### \* SERVICE DE MATERNITE :

- Niveau de la Maternité (niveau 1,2 ou 3) :

- Nombre de berceaux :

- Taux d'occupation sur le dernier exercice :

- Détail des activités médicales fournies dans l'unité de soins intensifs néonatale :

*Exemple : Respiratoire, Oxygénothérapie aux lunettes, Lunettes à haut débit, Ventilation non invasive, Intubation avant transfert en Réanimation Néonatale, Administration de surfactant avant transfert en Réanimation Néonatale, Nutrition entérale sur sonde, Antibiothérapie intraveineuse, Transfusion de plaquettes*

- Présence 24h/24 ou disponibilité au Centre Hospitalier dans les 30 minutes :

d'un anesthésiste :

OUI ☐

NON ☐

d'un obstétricien :

OUI ☐

NON ☐

### \* EFFECTIFS ET SALAIRES (toutes activités confondues, y compris budgets annexes) :

- Nombre de membres du Conseil de surveillance : ☒

- Effectif total de l'établissement y compris médecins :  
dont budgets annexes :

- Montant total des rémunérations de toutes natures versées par l'établissement à l'ensemble de son personnel, y compris budgets annexes (hors charges sociales patronales) :

Montant :



#### 4/ REPARTITION DES LITS ET DE L'EFFECTIF :

Dénomination technique du service	Nombre de lits	Effectif Médical
Endocrinologie - Nutrition		
Médecine générale (compris dans endocrinologie néphrologie)		
Médecine interne		
Pneumologie - Phtisiologie		
Neurologie		
Gastro-entérologie		
Cardiologie		
Néphrologie - Hémodialyse		
Pédiatrie		
Prématuré (secteur néonatal y compris réanimation néonatale)		
Réanimation		
Chirurgie - Traumatologie (uniquement adulte)		
Chirurgie - Urologie		
Chirurgie générale (dont chirurgie digestive)		
Spécialités ORL, OPH et Stomatologie (hors ophtalmologie présent dans une ligne à part)		
Ophtalmologie		
Convalescents (compris dans lits SSR)		
Rééducation - Réadaptation		
Gynécologie - Obstétrique		
Psychiatrie Enfant		
Psychiatrie Adulte		
Hébergement long séjour : gériatrie		

⇒ MERCI DE JOINDRE VOTRE DERNIER RAPPORT D'ACTIVITES.

PAS DE PERSONNEL MEDICAL  
DANS NOS EFFECTIFS.



## 5/ TRAITEMENTS BRUT / DEPENSE D'EXPLOITATION :

N = année en cours. 2026

EXERCICES	Traitements bruts hors charges sociales patronales	EPRD Total prévisionnel charges exploitation y compris budgets annexes
N-3 2023	3 139 483	8 176 955
N-2 2024	3 186 124	9 085 001
N-1 2025	3 305 540	8 644 582

## 6/ PERSONNEL :

### \* COMPOSITION DU PERSONNEL (en nombre) :

- Personnel médical :

De médecins à temps plein

De médecins à temps partiel

D'internes et étudiants ayant fonction d'interne

PAS DE PERSONNEL MÉDICAL

- Personnel non médical :

EN 2025

	Titulaires et stagiaires	Contractuelles et Auxiliaires
Personnel de direction	/	1
Personnel administratif	/	3
Personnel des services médicaux	/	/
Personnel des services sociaux	/	/
Personnel des services pharmacie	/	/
Personnel des services technique	TITULAIRES Mis à Disposition 36	CDI 47 - CDD 14 (ETP)
Budget annexes SSIAD	/	/
Écoles, IFSI, SAMU	/	/
TOTAL	36	61



**\* SMUR - SAMU :**

Existe-t-il un SAMU ou un SMUR ?

OUI ☐

NON ☒

SI OUI, merci d'indiquer :

L'effectif :  
Nombre total d'équipes et nombre d'équipes simultanément en service :  
Composition de chaque équipe (nombre de personnes et fonction) :  
Nombre d'heures d'intervention :  
Budget du dernier exercice :  
Nombre de véhicules utilisés :  
Ces services utilisent-ils des moyens aériens ?

OUI ☐

NON ☐

Si le SMUR utilise des prestataires de services extérieurs, merci d'indiquer, le montant des factures payées sur le dernier exercice : \_\_\_\_\_

**\* Personnels affectés au prélèvement et transport d'organes, moelle osseuse sang ou tissus, transport de médicaments :**

Nombre total de personnes concernées sur le dernier exercice en ETP : ☒  
Nombre total d'équipes :

**\* Personnels affectés à des missions en secteur pénitentiaire :**

Nombre de personnes concernées en ETP : ☒  
Nombre de personnes simultanément en service :

**\* Missions humanitaires (personnels engagés dans des opérations de secours aux victimes de catastrophes naturelles ou technologiques) :**

Nombre de personnes éventuellement concernées sur le dernier exercice en ETP : ☒  
Nombre total d'équipes :

**\* ACTIVITES DE FORMATION :**

Existe-t-il des activités de formation ?

OUI ☐

NON ☒

→ Si OUI, lesquelles ? en précisant le nombre d'élèves

ECOLE	Nombre d'élèves
IADE	
IFSI	
IFCadre Santé	
Ambulanciers	
Elèves sage-femme	
IFAS (aide-soignant)	
ERIP (Puéricultrice)	
Total	

**7/ AUTRES :**

**\* GERANCE DE TUTELLE :**

L'établissement exerce-t-il une gérance de tutelle ?

OUI ☐

NON ☒

*Si OUI, préciser le nombre de personnes sous tutelle :*

**\* ACTIVITE PSYCHIATRIQUE :**

Existe-t-il un secteur psychiatrique ?

OUI ☐

NON ☒

*Si OUI, préciser le nombre de lits :*

**\* UTILISATION D'ELEMENTS RADIO-ACTIFS :**

L'activité de l'établissement est-elle en rapport avec la détention ou l'utilisation de sources de rayonnements ionisants et, plus particulièrement, de radio-isotopes à usage médical ?

OUI ☐

NON ☒

*Si OUI, l'établissement utilise-t-il des installations nécessitant une autorisation de l'Autorité de Sûreté Nucléaire ?*

OUI ☐

NON ☐

*Merci de joindre l'autorisation de détenir et/ou utiliser des radioéléments artificiels en sources scellées*



**\* VENTE DE PRODUITS PHARMACEUTIQUES :**

L'établissement procède-t-il à la préparation de produits pharmaceutiques ?

OUI ☐

NON ☒

→ Si OUI :

Pour son usage propre à l'intérieur de l'établissement ?

OUI ☐

NON ☐

Pour son usage au profit de ses patients hors de l'établissement ?

OUI ☐

NON ☐

Pour la commercialisation ou la vente à des tiers ?

OUI ☐

NON ☐

**\* DESTRUCTION DES DECHETS HOSPITALIERS :**

PAS DE DECHETS HOSPITALIERS

L'établissement procède-t-il lui-même à la destruction des déchets hospitaliers ?

OUI ☐

NON ☐

→ Si OUI, merci de d'apporter les précisions suivantes :

Dans le cas où l'établissement procède par lui-même à l'incinération des déchets :

L'installation d'incinération est-elle classée et soumise à autorisation préalable de la préfecture ?

OUI ☐

NON ☐

L'établissement procède-t-il à la destruction des déchets pour le compte de tiers ?

OUI ☐

NON ☐

Si OUI, lesquels :



**\* PRESTATIONS DE SERVICES TECHNIQUES :**

L'établissement exerce-t-il des prestations techniques pour le compte de tiers. Si oui, merci de préciser le chiffre d'affaire réalisé pour chaque prestation de service : **PAS DE PRESTATION POUR LE COTE D'UNTIERS**

	Chiffre d'affaire réalisé
Informatique	
Blanchisserie	
Cuisine – cantine	
Laboratoire	
Stérilisation	

\*\*\*\*\*