Questionnaire Assurance
Responsabilité Civile
pour les Etablissements Publics de Santé

Nom de l'Établissement :	**HOPITAL NOVO**		
Adresse :	**6 Avenue de l'Ile de France 95300 PONTOISE**		
Téléphone :	**0130754040**	Courriel :	
N° SIRET :	**26950015300011**		
Nom du Responsable des Assurances :		**Camille JACQUARD**	
Téléphone :	C. JACQUARD :01 30 75 40 81 J. MARIE : 01 30 75 46 93 I. De Buck : 01 39 37 13 22	Courriel :	camille.jacquard@ght-novo.fr; jerome.marie@ght-novo.fr isabelle.debuck@ght-novo.fr

Le contrat d'assurance de **Responsabilité Civile et Risques Annexes,** sera établi sur la base déclarative du présent questionnaire complété par l'Etablissement. Chaque **assureur peut demander toutes précisions ou renseignements complémentaires qu'il désire. Il reconnait avoir une connaissance suffisante des risques à assurer.**

ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT

Détail des activités : *Compléter si nécessaire*

ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places	ACTIVITES	Nbr de Lits	Nbr de Places
Médecine	**418**	**106**	Chir. esthétique	**8**	**0**
Chirurgie	**91**	**27**	Télémédecine *(France et/ou Etranger)*	**6177 Nombre d'actes N-1**	
Obstétrique	**99**	**2**	Moyen Séjour	**0**	**0**
Gynécologie	**8**	**3**	Long Séjour - USLD	**40**	**0**
Réanimation	**21**	**0**	S.S.R.	**257**	**43**
Radiothérapie	**0**	**0**	E.H.P.A.D.	**337**	**24**
Méd. Nucléaire	**0**	**0**	S.S.I.A.D.	**0**	**29**
Urgences (UHCD)	**26**	**0**	H.A.D.	**0**	**0**
Nb de passages aux Urgences adulte	**96 980 Passages**		Autres : MAS	**98**	**6**
Nb de passages aux Urgences obstétrique	**11 106 Passages**		*Nb de passages aux Urgences pédiatrie*	**24 731 Passages**	
Nb de passages aux Urgences gynéco	**13 856 Passages**		*Nb de passages aux Urgences PSY*	**2 770 Passages**	
Psychiatrie Adultes	**162**	**44**			
Pédopsychiatrie	**0**	**10**			
TOTAL			**TOTAL**		

Nombre de Lits : **1498** **Nombre de Places : 281**

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

IMPORTANT : **Au titre de l'activité OBSTETRIQUE, merci de nous préciser si votre Etablissement a par le passé exercé cette activité si OUI ; merci de nous indiquer la date de fermeture de ce service.**
SERVICE MATERNITE FERME le : ___/ ___/ ____

ACTIVITÉS ANNEXES DE L'ÉTABLISSEMENT – REALISE 2025

Rétrocession sur médicaments :	**10 241 376€**
Repas vendus à l'extérieur :	**€**
Prestations de Blanchisserie :	**€**
Exploitation d'un scanner et ou IRM :	**785 561€**
Mise à disposition du Personnel :	**1 723 534€**
Collecte pour incinération des D.A.S.R.I.	**€**
Location de matériel ou de locaux :	**784 397€**
Prestations de **livraison par drone**	**€**
Prestations de **réparations Automobiles**	**€**
Prestations informatiques pour le compte de tiers	**€**
SI l'établissement objet de la consultation effectue de l'hébergement de données de santé, merci de nous indiquer le CA réalisé pour cette activité.	**€**
Autre : PRODUITS DES ACTIVITES ANNEXES (sauf repas vendus à l'extérieur)	**253 350€**
TOTAL :	**13 797 126€**

N.B. : En raison de certaines de vos activités, vos installations **sont-elles classées ICPE** ? ~~**OUI**~~ **- NON**

On entend par ICPE installation classée pour la Protection de l'environnement, toute exploitation industrielle susceptible de créer des risques ou de provoquer des pollutions ou nuisances notamment pour la sécurité et la santé des riverains. **(Compléter page 6)**

EFFECTIF

Effectif TOTAL de l'Établissement y compris médecins (en personne physique) : 5488	
Nombre de Membres du Conseil de Surveillance : 35 max	
Nombre de praticiens libéraux non exclusifs intervenants dans l'Etablissement :	
Répartition du personnel : d'Administratif : 600, Techniques : 410, services de soins : 3291, Educatifs et soicaux : 100, Médico-techniques : 206 personnel Médical : 769, stagiaire : 112	
Masse salariale (Toutes personnes collaborant au fonctionnement de l'Etablissement) (Hors Charges Patronales) :	**232 879 875,98€**

SERVICE DE MATERNITÉ

	OUI	NON
Nombre de naissances/an : 2025 = 5 046 naissances		
Nombre de décès néonatal/an : 23		
Niveau de classement de votre service Maternité : I – IIa – IIb – III : Pontoise 3 Beaumont 2A		
La Maternité de l'Etablissement est-elle une maternité de référence dans la prise en charge des grossesses à haut risque ?	**X**	

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

Un Anesthésiste et un Obstétricien sont-ils toujours présents 24h/24h ?	**X**	
Pratiquez-vous une oxymétrie du sang du cordon fœtal ? Le résultat de l'analyse est-il reporté dans le dossier Patient ?		**X**
Taux de césariennes réalisées sur les 3 dernières années :		**21 %**

MONTANT DES DIVERS BUDGETS DE L'ÉTABLISSEMENT

Budget validé du dernier exercice. **Indiquez l'année de référence** : REALISE 2025	
BUDGET PRINCIPAL	
~~M.C.O~~. SANITAIRE	**494 458 339€**
Autre Budget (Préciser) :	**€**
À DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement et provisions :	**12 619 444€**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**10 161 192€**
Compte 7721 – Produits sur exercices antérieurs :	**7 894 393€**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL :	**463 782 808€**
BUDGETS ANNEXES	
Maison de Retraite - EHPAD	**21 553 445€**
U.S.L.D.	**4 445 015€**
S.S.I.A.D.	**1 017 336€**
I.F.S.I. :	**4 923 933€**
Dotation Non Affectée (D.N.A.)	**4 245€**
Autre Budget (Préciser) :	**12 878 210€**
À DÉDUIRE (si concerné)	
Compte 78 – Reprises sur amortissement, provisions et dépréciations :	**1 010 183€**
Compte 7087 - Remboursement des Frais par les C.R.P.A. :	**197 919€**
Compte 7721 – Produits exceptionnels sur exercices antérieurs ::	**695 527€**
TOTAL BUDGETS ANNEXES	**42 918 556€**
TOTAL BUDGET PRINCIPAL + BUDGETS ANNEXES (déduction faite des comptes 78, 7087 et 7721)	**506 701 365€**

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

SERVICE RADIOLOGIE

	OUI	NON
L'établissement est-il détenteur d'installations et/ou de matériels de sources de rayonnements ionisants ? (Joindre la liste des matériels à rayonnements ionisants.)	X	
Les installations sont-elles soumises à DECLARATION et/ou AUTORISATION	**Autorisation ET/OU**	
Rayer la mention inutile *	**Déclaration***	
Date de la dernière inspection de l'ASN : Voir liste jointe (Joindre le compte rendu de la dernière inspection).		
Les installations et/ou matériels sont-ils la propriété de l'Etablissement ?	**X (Pontoise/Magny en en Vexin/Aincourt)**	
Si non, sont-ils la propriété d'un GIE - GCS ?	**X (Beaumont)**	

SERVICE DES URGENCES

	OUI	NON
Existe-t-il un **SMUR - SAMU ?**	X	
Existe-t-il un **Centre 15 ?**	X	
Nombre d'Appels réceptionnés par le Centre 15 année N-1	**598 180 Appels**	
Nombre de sorties effectuées année N-1	**5 990 Sorties**	
L'Etablissement est-il propriétaire et exploitant de l'hélistation ?	X	
L'Etablissement sous-traite-t-il ses transports par hélicoptère ? Si oui Nom du Prestataire : Identification du prestataire :	**Oui, partiellement Le personnel est celui de l'établissement mais les appareils sont ceux du SAMU 94, de la gendarmerie ou de la sécurité civile**	
Emplacement de votre Hélistation (Toiture ou au niveau du sol) **: sol**		

FORMATION

	OUI	NON
L'Etablissement gère-t-il des activités de formations ?	X	
Nombre d'élèves IFSI : 510		
Nombre d'élèves IFAS : 60		
Autres : Préciser : Formation continue Nombre : 50		
Autres : Préciser : Nombre :		

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

MANDATAIRE JUDICIAIRE - GÉRANT DE TUTELLE

	OUI	NON
L'Etablissement exerce-t-il la gérance de tutelle, de curatelle et et/ou de mise sous sauvegarde **?**	**X**	
Nombre de dossiers traités en moyenne sur les 3 dernières années :	**90 Dossiers**	
Votre Mandataire Judiciaire dispose-t-il d'une Assurance Personnelle RC PRO ?		**X**
Votre Mandataire Judiciaire traite-t-il des dossiers d'Etablissements extérieurs au CH ?	**X**	

RESPONSABILITE CIVILE G.I.E. et/ou G.C.S.

	OUI	NON
L'établissement est-il membre d'un G.I.E. ?	**X**	
L'établissement est-il membre d'un G.C.S. ?		**X**
L'Etablissement souhaite-t-il assurer ces structures dans le contrat Responsabilité Civile ? Si OUI : Joindre Convention Constitutive du G.I.E. ou du G.C.S.		**X**

AUTRES RESPONSABILITÉS

Dans le cadre de ses activités d'Etablissement Public de Santé, l'Etablissement **doit-il garantir la Responsabilité Civile personnelle** des personnes ou des activités suivantes :

	Nb de Personnes
Nombre de Résidents en E.H.P.A.D :	**562**
Nombre d'Elèves (IFSI-IFAS-Autres) :	**570**
Nombre d'Adultes handicapés :	**45**
Nombre d'Hospitalisés participant à des activités sportives :	
Nombre de Pensionnaires Mineurs :	
Nombre de Pensionnaires Majeur :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique :	
Nombre de Personnes en Accueil familial thérapeutique de Mineurs :	
Nombre de Personnes en Placement familiaux ou de toxicomanes :	
Nombre de personnes accueillies en situation d'Urgence ou de précarité :	
Nombre d'Associations à assurer (à défaut ou en complément de leurs Assurances) : Préciser la vocation de ces Associations :	

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE

ASSURANCE ACCIDENTS CORPORELS

Dans le cadre du nouveau marché, l'Etablissement souhaite-t-il souscrire pour le compte des personnes désignées ci-dessous une garantie **ACCIDENTS CORPORELS** ?

Si OUI, merci de préciser le nombre de personnes à assurer et par catégorie.

	OUI	NON	Nombre de Personnes
SMUR – SAMU (Nombre de Personnes assurées au MAXIMUM en sortie simultanée).		X	
Ces personnes du SMUR et/ou du SAMU seraient-elle assurées au titre d'un contrat GROUPE ?		X	
Membres du Conseil de Surveillance :	X		35 max
Elèves Infirmières et Aides-Soignantes :	X		570
Elèves Ambulanciers :			
Elèves Autres : Préciser : Enfants de la Crèche	X		104
Bénévoles : (Si oui pour quel motif ?) _____		X	

RISQUES ENVIRONNEMENTAUX

Le **risque environnemental** peut se matérialiser par une **pollution de l'eau, de l'air ou encore des sols, des sous-sols ou des eaux souterraines du site lui-même**. Pour gérer ce type de **risque**, l'Etablissement peut prendre différentes mesures. Tout d'abord, l'Etablissement doit prendre des mesures préventives.

	OUI	NON
Etes-vous actuellement assuré contre les risques environnementaux ?	X	
Avez-vous déclaré un sinistre Pollution causé par vos activités ?		X
Avez-vous été victime de Pollutions causés par vos voisins ou par des Tiers ?		X
Dans l'affirmative, merci de préciser la date du sinistre, les circonstances, la nature et le montant des dommages :		
Des travaux de dépollution ont-ils été lancé ?		X
Disposez-vous d'une blanchisserie ? **Sur le site d'Aincourt** Si OUI, en êtes-vous : **PROPRIETAIRE EXPLOITANT** ~~– LOCATAIRE~~ Rayer la mention inutile	X	
Concernant le terrain : en êtes-vous **PROPRIETAIRE** ~~ou LOCATAIRE~~ ? Concernant les installations : **PROPRIETAIRE** ~~ou LOCATAIRE~~ ? Bâtiments : **PROPRIETAIRE** ~~ou LOCATAIRE~~ ? Rayer la mention inutile		
Quelle est sa capacité de production ? (Tonne de linge traité par jour)	6 850	
Votre blanchisserie est-elle isolée des autres bâtiments ? Si la blanchisserie est implantée dans vos locaux, merci de préciser sa superficie : 413 M²	X	

Votre blanchisserie est-elle : - NON CLASSEEE : OUI - SOUMISE A ENREGRISTEMENT : NON - SOUMISE A AUTORISATION NON Rayer la mention inutile		
Existe-t-il des bacs de rétention sous les produits lessivables ?	**X**	
Existe-t-il des contrôles des eaux (Ph, température bassin de décantation) ?	**X**	

CONTRATS EN COURS

Durant les **dix dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance ? :**

	OUI	**NON**
RESPONSABILITE CIVILE	**X**	
Nom des Assureurs successifs durant les 10 dernières années : BEAH, RELYENS, YVELIN		
Franchise en Dommages CORPORELS :	**10 000€**	
Franchise en Dommages MATERIELS :	**€**	

Durant les **cinq dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance ? :**

	OUI	**NON**
RESPONSABILITE CIVILE ENVIRONNEMENTALE	**X**	
Nom de l'Assureur : RELYENS		
Franchise :	**€**	

Durant les **quatre dernières années**, l'Etablissement a-t-il été titulaire d'un contrat **d'assurance ? :**

	OUI	**NON**
ACCIDENTS CORPORELS	**X**	
Nom de l'Assureur : SHAM, SARRE&MOSELLE, ALBINGIA		

Fait à Pontoise
Le 28/07/2026

DOCUMENT RÉSERVÉ A L'USAGE EXCLUSIF DU CABINET C.E.G.A.- REPRODUCTION INTERDITE