

# BUREAU CENTRAL DE TARIFICATION

statuant en matière d'assurance de responsabilité civile médicale

## QUESTIONNAIRE – PROPOSITION

### ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE

#### PROFESSIONNELLE

#### ETABLISSEMENTS DE SANTE

**REPLIR IMPERATIVEMENT TOUS LES DOCUMENTS AU STYLO NOIR**

Identité du Proposant : .....N° SIREN.....

Contrat en cours :

- date de fin des garanties : \_\_\_\_\_

- nom de l'assureur : \_\_\_\_\_

**CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES  
PAR VOIE POSTALE**

## **Principales caractéristiques de l'établissement**

### **RAISON SOCIALE ET ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT :**

Répéter N° SIREN : \_\_\_\_\_

Adresse de ou des établissement(s) assuré(s) autre(s) que l'établissement principal :

N° 2 :

N° 3 :

Nom du responsable des assurances : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Télécopie : \_\_\_\_\_

E-mail : \_\_\_\_\_

### **STATUT JURIDIQUE DE L'ASSURE**

### **CAPACITE DE L'ETABLISSEMENT**

Catégorie dans laquelle est classé l'établissement : \_\_\_\_\_

	Nombre de lits	Nombre de places	Chiffre d'affaires HT ou Budget autorisé du dernier exercice comptable (1) (2)			Résultats		
			Année n	Année n-1	Année n-2	Année n	Année n-1	Année n-2
Médecine								
Moyen séjour								
Long séjour								
Chirurgie								
Psychiatrie								
Obstétrique (3)								
Soins de suite et de réadaptation								
<b>TOTAL</b>								

(1) Précisez l'année du dernier exercice comptable : \_\_\_\_\_

(2) Précisez, le cas échéant, le chiffre d'affaires de la chirurgie esthétique non réparatrice HT : \_\_\_\_\_

(3) Dans l'hypothèse d'un service d'obstétrique, précisez le nombre de naissances/an : \_\_\_\_\_

## Activité de l'établissement

### DESCRIPTION DE L'ACTIVITE :

---

---

### DISCIPLINES (cocher la ou les cases)

- Médecine
- Chirurgie
- Obstétrique
- Psychiatrie
- Soins de suite et de réadaptation
- Soins de longue durée

### SPECIFICITES (cocher la ou les cases)

- Transplantation d'organe / greffe de moelle osseuse
  - Traitement des grands brûlés
  - Neurochirurgie
  - Accueil et traitement des urgences
  - Réanimation
  - Radiothérapie
  - Chimiothérapie
  - Néonatalogie
  - Traitement de l'insuffisance rénale
  - Procréation médicalement assistée
  - Réadaptation fonctionnelle
  - Chirurgie esthétique (non réparatrice)
  - Diagnostic ante – natal
  - Autres (les décrire) : \_\_\_\_\_
- 
- 

Commentaires : \_\_\_\_\_

## Activité de l'établissement

	Personnels salariés		Personnels non salariés		Nombre total	
	Réel	ETP*	Réel	ETP*	Réel	ETP*
<b>I) PERSONNEL MEDICAL</b>						
Médecins						
Chirurgiens						
Chirurgien obstétrique						
Gynécologue obstétricien						
Pharmaciens						
Anesthésistes						
Sages-femmes						
<b>II) PERSONNEL PARA-MEDICAL</b>						
Aides soignantes						
Infirmières						
Kinésithérapeutes						
Autres						
<b>III) PERSONNEL ADMINISTRATIF</b>						
<b>TOTAL GENERAL I + II + III</b>						

\* Equivalent Temps Plein

Masse salariale brute des personnels salariés : \_\_\_\_\_

Chiffre d'affaires (honoraires) HT – TTC\* des personnels non salariés : \_\_\_\_\_

\* préciser si HT ou TTC

## ***Activité de l'établissement***

### **GESTION DES LOCAUX**

Date de construction et de rénovation des bâtiments : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Politique d'investissements :

Investissements Spécialités concernées	Rénovations réalisées		Investissements programmés	
	Date de la rénovation	Montant de budget	Date prévisionnelle	Budget alloué

## Prévention des risques

1 - L'établissement a-t-il reçu l'accréditation ?..... OUI – NON

Dans la négative, précisez la date d'engagement à l'accréditation : \_\_\_\_\_

Dans l'affirmative, indiquer la date et quelles sont les appréciations (et éventuelles réserves) du collège d'accréditation ?

\_\_\_\_\_

Quelles sont les prochaines étapes prévues ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2 - L'établissement dispose-t-il d'un professionnel de la qualité ?... . OUI – NON

3 - Existe-t-il un programme rédigé de mise en place  
d'une démarche de gestion de la qualité et des risques ?..... OUI – NON

4 - Un comité multidisciplinaire permettant de coordonner  
la mise en place de cette démarche a-t-il été créé ?..... OUI – NON

5 - Existe-t-il une fiche de signalement des évènements  
indésirables et un circuit de signalement ?..... OUI – NON

6 - Disposez-vous d'un responsable de la gestion de la  
qualité et des risques ?..... OUI – NON

7 - Existe-t-il une méthodologie d'analyse et de traitement  
des risques identifiés ?..... OUI – NON

8. Une procédure écrite de gestion des réclamations  
est-elle mise en place ? \_\_\_\_\_ OUI – NON

si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des dossiers

9 - Une procédure écrite de gestion des plaintes  
est-elle mise en place ?..... OUI – NON

Si oui, fournir copie de la procédure d'investigation avec la précision de la personne responsable qui assure le suivi des plaintes

**10** - Existe-t-il au sein de l'établissement une charte de fonctionnement des équipes médicales (y compris en ce qui concerne les services de garde) ?... OUI - NON

Si oui, la transmettre

Si non, décrire les règles de fonctionnement au sein du service ? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Organisation des services de garde (nuits, week-ends, jours fériés)

- au sein des services :

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

- au sein des services d'urgences

- Astreintes sur place
- Astreintes à domicile

## Comités et Vigilance

### CONFERENCE MEDICALE :

- Fréquence des réunions : \_\_\_ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? \_\_\_\_\_

### COMITE D'HYGIENE, DE SECURITE ET DES CONDITIONS DE TRAVAIL :

- Fréquence des réunions : \_\_\_ / an
- Existe-t-il des comptes rendus ?..... OUI – NON
- Date de la dernière réunion ? \_\_\_\_\_

### LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : \_\_\_\_\_
- Date du dernier incident : \_\_\_\_\_

### HEMOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : \_\_\_\_\_
- Date du dernier incident : \_\_\_\_\_

### PHARMACOVIGILANCE :

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : \_\_\_\_\_
- Date du dernier incident : \_\_\_\_\_

### MATERIOVIGILANCE

- Des procédures écrites sont-elles mises en place ?..... OUI – NON
- Nombre d'incidents signalés sur les 5 dernières années : \_\_\_\_\_
- Date du dernier incident : \_\_\_\_\_



## ***Antécédents Responsabilité Civile sur les cinq dernières années***

Durant les cinq dernières années, l'assuré a-t-il été titulaire d'un contrat d'assurance « Responsabilité Civile » ?..... OUI – NON

Nom de l'assureur	Période d'assurance	N° de police	Motif de la résiliation	Montant de la prime globale TTC	Montant de la franchise	Nombre de sinistres déclarés

Joindre les documents et états statistiques établis et certifiés par les Compagnies ou Sociétés d'assurance ayant couvert le risque au cours des cinq dernières années 2004 / 2007).

Sinon faire la déclaration sur l'honneur de la liste des sinistres corporels (sauf chutes de malades sans gravité et incidents d'intubation) ayant donné lieu à réclamation de la part des victimes auprès de votre établissement au cours des cinq dernières années ( date, nature, circonstance et montant des dommages). Pour les affaires en cours, indiquez le montant des règlements effectués et/ou des évaluations :

Date	Nature	Circonstances	Montant des dommages

(Suite éventuelle sur une feuille annexe)

Avez-vous connaissance de réclamations supérieures à 76 000 euros ?..... OUI – NON

Si oui indiquez sur une feuille annexe la date du fait générateur, la date de la réclamation, la nature, les circonstances et le montant actuel des règlements effectués et / ou des évaluations.

### ***Eléments à joindre à la présente proposition***

Joindre le cas échéant toute documentation ou brochure synthétiques sur la nature des activités exercées, susceptibles d'éclairer la demande et notamment les risques présentés.

**CE QUESTIONNAIRE EST A RETOURNER SIGNE AVEC TOUTES SES ANNEXES  
PAR VOIE POSTALE**

**Informations concernant la sinistralité sur les 5 dernières années pour chacune des garanties souscrites**  
(Les statistiques sont à solliciter auprès de l'assureur concerné ou la liste est à réaliser de façon exhaustive pour permettre l'analyse)

**Copie de la page d'enregistrement de la dernière réclamation et de la dernière plainte**

**Liste nominative des médecins avec leur spécialité + date de début d'activité au sein de l'établissement**

**Liste des équipements lourds soumis à autorisation**

**Projet de développement**

**Les conclusions du rapport d'accréditation**

*Je soussigné, certifie que toutes les réponses faites au présent questionnaire sont à ma connaissance sincères et exactes*

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ heure

Signature :