



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SEINE-MARITIME

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°76-2017-100

PUBLIÉ LE 5 MAI 2017

Sommaire

Agence Régionale de Santé de Normandie

76-2017-04-24-013 - Décision portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale exploité par la SELAFA de biologistes médicaux "D-LAB" et abrogation de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale exploité par la SELAS de biologistes médicaux "LAB CAILLY & CAUX" (4 pages) Page 4

Centre hospitalier de Dieppe

76-2017-05-05-001 - Décision n° 2017-052 - Date d'effet 05-05-2017 - EPHAD Le Tréport - portant délégation de signature à Madame Virginie POIRIER - (1 page) Page 9

CHU - Hôpitaux de Rouen

76-2017-04-18-023 - Décision délégation de signature pour les directeurs de garde (2 pages) Page 11

76-2015-04-03-001 - lpprt021-20170407095709 Décision de délégation de Signature pour Mme V. Chapeau (2 pages) Page 14

76-2017-05-02-003 - Règlement intérieur du CHU de Rouen (213 pages) Page 17

Direction départementale de la Cohésion Sociale de la Seine-Maritime

76-2017-04-28-008 - Arrêté renouvellement de l'agrément de domiciliation association relais accueil des gens du voyage (2 pages) Page 231

Direction Départementale de la Sécurité Publique 76

76-2017-04-27-005 - Arrêté de sub d'abrogation du 25 02 2017 (3 pages) Page 234

76-2017-04-28-006 - Arrêté de sub Monsieur Trenec du 27/04/2017 (3 pages) Page 238

76-2017-04-27-004 - Arrêté sub d'abrogation du 25 01 17 (2 pages) Page 242

Direction départementale des territoires et de la mer de la Seine-Maritime

76-2017-05-02-002 - Arrêté n°17-011 du 2 mai 2017 portant subdélégation de signature en matière d'instruction des demandes d'autorisations individuelles de transports exceptionnels (2 pages) Page 245

76-2017-03-02-010 - Création d'une plate-forme de dépôt de containers (6 pages) Page 248

76-2017-03-23-013 - Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune d'Etalondes (4 pages) Page 255

76-2017-04-12-011 - Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune de Fontaine-en-Bray (4 pages) Page 260

76-2017-01-30-025 - Mise en eau de zones humides – Projet de restauration de tourbière dégradées (6 pages) Page 265

Direction interdépartementale des routes Nord-Ouest

76-2017-05-04-001 - Subdélégation de signature en matière de gestion du domaine public et de police de la circulation pour le département de Seine-Maritime (76) (2 pages) Page 272

Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Normandie

76-2017-05-04-002 - Arrêté n° SRN/UA3PA/2017-00506-010-001 autorisant la destruction d'œufs par stérilisation d'espèces animales protégées : Goéland argenté (larus argentatus) à Veules-les-Roses (4 pages) Page 275

Direction Régionale des Douanes de Rouen

76-2017-04-26-004 - Décision du Directeur Interrégional des Douanes et Droits Indirects en NORMANDIE n°17000945 du 27/04/2017 portant fermeture définitive d'un débit de tabac ordinaire permanent 7 , place de l'Eglise à AUZOUVILLE sur RY 76116 (1 page) Page 280

Préfecture de la Seine-Maritime - DCPE

76-2017-04-11-011 - MISE EN SERVITUDES HARFLEUR.pdf (12 pages) Page 282

76-2017-04-11-013 - Mise en servitudes ST LEONARD et annexes.pdf (15 pages) Page 295

Préfecture de la Seine-Maritime - DRCLE

76-2017-05-28-001 - Arrêtés du 28 avril 2017 fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maitre sur les territoires des communes de : Fécamp, Le havre, Rouen, Sainte-adresse, Sait Etienne du Rouvray, Val de la Haye et Veulettes sur Mer. (14 pages) Page 311

76-2017-05-02-001 - Renouvellement d'habilitation Etablissement de pompes funèbres - Etablissement LORDEL sis 9 rue Saint-Pierre 76390 AUMALE - (2 pages) Page 326

Préfecture de la Seine-Maritime - DRLP

76-2017-05-02-005 - 4ème rallye du Vespa Club les Loges 76 les 05 et 06 août 2017 (8 pages) Page 329

Préfecture de la Seine-Maritime - SIRACEDPC

76-2017-04-27-006 - Arrêté du 27 avril 2017 portant organisation pour l'académie de Rouen et de de l'UDSP d'un examen de formateur en prévention et secours civique et composition du jury du 12 mai 2017 (2 pages) Page 338

Sous-préfecture de Dieppe

76-2017-04-28-007 - Arrêté portant convocation des électeurs et fixant le délai de dépôt des déclarations de candidature pour l'élection partielle complémentaire de la commune de CALLENGEVILLE (2 pages) Page 341

Sous-Préfecture du Havre

76-2017-04-28-009 - Arrêté portant autorisation de la course cycliste intitulée "Prix de la Cerlangue" le 8 mai 2017 (5 pages) Page 344

76-2017-05-02-004 - Arrêté portant autorisation de la course pédestre intitulée "Les 10 bornes du Havre" le 14 mai 2017 (11 pages) Page 350

Agence Régionale de Santé de Normandie

76-2017-04-24-013

Décision portant modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale exploité par la SELAFA de biologistes médicaux "D-LAB" et abrogation de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale exploité par la SELAS de biologistes médicaux "LAB CAILLY & CAUX"

DECISION PORTANT MODIFICATION DE L'AUTORISATION DE FONCTIONNEMENT DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE EXPLOITE PAR LA SELAFA DE BIOLOGISTES MEDICAUX « D-LAB » ET ABROGATION DE L'AUTORISATION DE FONCTIONNEMENT DU LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE EXPLOITE PAR LA SELAS DE BIOLOGISTES MEDICAUX « LAB CAILLY & CAUX »

(Fusion-absorption de la société « LAB CAILLY & CAUX » par la société « D-LAB »)

LA DIRECTRICE GENERALE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE DE NORMANDIE

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L.6222-3, L. 6222-5, L. 6222-6, L. 6223-4, L. 6223-6, L. 6223-8, D. 6221-24 à -26 et R. 6222-2 ;

Vu la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, modifiée par la loi n° 2016-563 du 10 mai 2016 ;

Vu le titre II de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST », notamment son article 69, modifiée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ;

Vu le titre IV chapitre 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi « HPST » qui crée les agences régionales de santé, modifiée par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ;

Vu la loi n° 2013-442 du 30 mai 2013 portant réforme de la biologie médicale ;

Vu la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, notamment l'article 1 ;

Vu l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;

Vu le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, notamment son article 208, modifié le 1^{er} janvier 2011 ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret n°2016-44 du 26 janvier 2016 relatif aux sociétés exploitant un laboratoire de biologie médicale privé et aux sociétés de participation financières de profession libérale de biologistes médicaux ;

Vu le décret n°2016-46 du 26 janvier 2016 relatif à la biologie médicale, modifié le 27 juin 2016 ;

Vu le décret du 5 janvier 2017 portant nomination de Madame Christine GARDEL en qualité de Directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie à compter du 1^{er} février 2017 ;

Vu la décision n° DSP 2012 087 du 7 décembre 2012 modifiée du Directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie portant autorisation de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale

multisite sous le n° 76-20, exploité par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB » sise 111, rue d'Ecosse – 76200 DIEPPE, enregistrée au fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) sous le n° EJ 76 003 377 9 ;

Vu la décision n° DSP 2012 086 du 6 décembre 2012 modifiée du Directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie portant autorisation de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale multisite sous le n°76-62, exploité par la SCP de biologistes médicaux « LAB CAILLY & CAUX » sise 1, avenue Foch – 76460 SAINT-VALERY-EN-CAUX, enregistrée au FINESS sous le n° EJ 76 003 374 6 ;

Vu la demande de modification de l'autorisation de fonctionnement du laboratoire de biologie médicale multisite exploité par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB », reçue le 13 février 2017 et déclarée recevable le même jour, relative à la fusion par voie d'absorption de la SELAS de biologistes médicaux « LAB CAILLY & CAUX » par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB » ;

Vu la décision du 1^{er} février 2017 portant délégation de signature de la Directrice générale de l'agence régionale de santé de Normandie à compter du 1^{er} février 2017 ;

D E C I D E

ARTICLE 1^{er} : L'opération de fusion-absorption de la SELAS de biologistes médicaux « LAB CAILLY & CAUX » sise 1, avenue Foch – 76460 SAINT-VALERY-EN-CAUX par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB » sise 111, rue d'Ecosse – 76200 DIEPPE est autorisée.

ARTICLE 2 : L'article 2 de la décision n° DSP 2012 087 du 7 décembre 2012 susvisée est modifié comme suit :

Le laboratoire de biologie médicale, autorisé à fonctionner sous le n° 76-20, exploité par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB », sise 111, rue d'Ecosse – 76200 DIEPPE, enregistrée au FINESS sous le N° EJ 76 003 377 9, est implanté sur les sites suivants :

- 111 rue d'Ecosse – 76200 DIEPPE, site ouvert au public, n° FINESS ET : 76 003 378 7 ;
- 1328 avenue de la Maison-Blanche – 76550 SAINT-AUBIN-SUR-SCIE, site ouvert au public, n° FINESS ET : 76 003 379 5 ;
- 1 avenue Foch – 76460 SAINT-VALERY-EN-CAUX, site ouvert au public, n° FINESS ET : 76 003 375 3 ;
- 41 place de la République – 76710 MONTVILLE, site ouvert au public, n° FINESS ET : 76 003 376 1 ;
- En projet, ZAC Les 3 rivières – 2, rue des Brasseurs - 76890 TOTES, site fermé au public, n° FINESS ET : 76 003 550 1.

La liste des biologistes qui exercent sur les différents sites est la suivante :

- Monsieur Alain BOYER, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur Olivier DORSON, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur François-Xavier FOUQUAY, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur Gassane HODROGE, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur Denis LEMETTEL, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur David LOEBER, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Monsieur Mohammed TREDANO, pharmacien, biologiste-coresponsable ;
- Madame Hélène VOLLE, pharmacien, biologiste-coresponsable.

ARTICLE 3 : La décision n° DSP 2012 086 du 6 décembre 2012 modifiée du Directeur général de l'agence régionale de santé de Haute-Normandie portant autorisation de fonctionnement d'un laboratoire de biologie médicale multisite sous le n°76-62, exploité par la SCP de biologistes médicaux « LAB CAILLY & CAUX » sise 1, avenue Foch – 76460 SAINT-VALERY-EN-CAUX, est abrogée.

ARTICLE 4 : Toute modification relative à l'organisation générale du laboratoire de biologie médicale exploité par la SELAFA de biologistes médicaux « D-LAB » ainsi que toute modification apportée à sa structure juridique et financière font l'objet d'une déclaration à l'agence régionale de santé de Normandie dans le délai d'un mois.

ARTICLE 5 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux dans un délai de deux mois à compter de sa notification devant le tribunal administratif de ROUEN, 53 avenue Gustave Flaubert – 76000 ROUEN.

ARTICLE 6 : La présente décision est notifiée aux demandeurs et publiée aux recueils des actes administratifs de la préfecture de la région Normandie et du département de la Seine-Maritime.

ARTICLE 7 : Le Directeur général adjoint de l'agence régionale de santé de Normandie est chargé de l'exécution de la présente décision.

A Caen, le 24 avril 2017

La Directrice générale

le Directeur Général Adjoint

Vincent KAUFFMANN

Christine GARDEL



Centre hospitalier de Dieppe

76-2017-05-05-001

Décision n° 2017-052 - Date d'effet 05-05-2017 - EPHAD

Le Tréport - portant délégation de signature à Madame

Virginie POIRIER -

Décision portant délégation de signature



DECISION N° 2017/52 PORTANT DELEGATION DE SIGNATURE A Madame Virginie POIRIER

LA DIRECTRICE,

- Vu les articles L6143-7, D6143-33, D6143-34, D6143-35 du Code de la santé publique,
- Vu l'arrêté du Centre National de Gestion en date du 12 juillet 2016 portant nomination de Madame Dolorès TRUEBA DE LA PINTA en qualité de Directrice des centres hospitaliers de DIEPPE, EU, SAINT VALERY EN CAUX et des EHPAD de LUNERAY, SAINT CRESPIN et LE TREPORT ;

DECIDE :

Article 1

Madame Virginie POIRIER, attachée d'administration hospitalière, participe à la garde de direction de l'EHPAD Jean FERRAT du TREPORT dans le cadre de la politique relative aux gardes administratives, selon le tableau de garde administrative établi mensuellement par le secrétariat de direction du Centre Hospitalier de EU.

A ce titre, elle exerce :

- les pouvoirs de police à l'égard des résidents et des visiteurs,
- les pouvoirs de représentation de l'établissement,
- l'assignation des personnels afin d'assurer la continuité de service,
- l'admission des résidents,
- toutes les mesures nécessaires aux situations d'urgence.

Elle reçoit également délégation pour les transports de corps sans mise en bière.

Article 2 - Annulation des dispositions antérieures

La présente délégation de signature annule et remplace toutes les délégations de signature antérieures concernant **Madame Virginie POIRIER**.

Article 3

La présente décision sera notifiée au comptable public de l'EHPAD Jean FERRAT du TREPORT, communiquée à l'instance délibérante de cet établissement, et publiée au recueil des actes de la Préfecture en application des articles D6143-33 et D6143-35 du Code de la Santé Publique.

Date d'effet, le 5 mai 2017

D. TRUEBA DE LA PINTA
Directrice

Exemplaire de signature autorisée du délégataire :

CHU - Hôpitaux de Rouen

76-2017-04-18-023

Décision délégation de signature pour les directeurs de
garde

Décision délégation de signature pour les directeurs de garde

DECISION N° 2017-56

Isabelle Lesage, Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire- Hôpitaux de Rouen, conformément au décret du Président de la République en date du 27 novembre 2014 ;

Vu le Préambule de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, et notamment son article 10 ;

Vu le code de la santé publique, et notamment ses articles L 6141-1 et L 6143-7, L 1113-1 et suivants, D 6143-33 à D 6145-35 et suivants, et R 1113-1 et suivants ;

Vu la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique, et notamment ses dispositions codifiées aux articles L 1232-1 et suivants du code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2008-1350 du 19 décembre 2008 relative à la législation funéraire, la loi n° 2011-302 du 22 mars 2011 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière de santé, de travail et de communication électroniques, et modifiant les dispositions des articles L 2223-23 et L 2223-43 du Code général des collectivités territoriales ;

DECIDE :

Article 1er

Afin d'assurer la présence permanente d'une autorité administrative au sein de l'établissement, de veiller à la bonne marche du service public hospitalier et de prendre les mesures nécessaires pour parer à tout événement susceptible d'entraver son fonctionnement normal, les agents suivants sont habilités à exercer des gardes de direction, durant lesquelles ils sont investis par délégation de domaines relevant de la compétence et de la responsabilité de la Directrice Générale:

Mme Aboki Camille
Mme Cousin Clotilde
M. Da Cruz Lionel
Mme Delaire Françoise
Mme Dossier Aurélie
M. Estève Franck
Mme Gaillard Véronique
Mme Grégoire Caroline
Mme Grimaldi Sandra
Mme Guillet Nathalie
Mme Jaffré Alice
M. Lacordais Guillaume
M. Laurent Guillaume
M. Leteurre Hervé
Mme Maillard Julie
M. Mangot Vincent
Mme Marczak Nathalie
Mme Martinaux Véronique
Mme Martineau Aude
M. Parcay Stéphane
Mme Perrier Dominique
M. Talec Ronan
Mme Thierry Anne

Article 2

Un tableau de garde est établi annuellement par la Directrice Générale, faisant apparaître nominativement la liste quotidienne des directeurs de garde et des directeurs assurant la permanence de la Direction Générale.

Article 3

Les personnes citées à l'article 1^{er} sont habilitées à signer, concernant des patients décédés dans l'établissement, et dans le respect des formalités prévues par la législation et la réglementation en vigueur :

1°) les autorisations de prélèvements d'organes et de cornées à des fins thérapeutiques ou scientifiques,
2°) les demandes de transports de corps avant mise en bière transmises à la Mairie, dûment établies par toute personne ayant qualité pour pouvoir aux funérailles et après accord du Médecin, Chef du service hospitalier, ou son représentant,

Elles sont également habilitées à procéder, en cas de mouvement de grève au sein de l'établissement, aux assignations nécessaires de personnels médicaux et non médicaux déclarés grévistes pour assurer un service minimum afin de faire face aux besoins de santé urgents de la population et de garantir la sécurité physique des personnes, la continuité des soins dispensés, la continuité des services hôteliers et prestataires aux hospitalisés, et la conservation des installations et du matériel.

Il est également donné pouvoir aux directeurs de garde de procéder à l'ouverture du coffre fort situé au service des urgences adultes du site de Charles Nicolle afin de restituer à un patient lors de sa sortie ses valeurs qui y ont été consignées, et en attente d'être mises à la disposition de la Régie puis de la Trésorerie de l'établissement. Cette restitution doit s'effectuer à la demande du patient intéressé, et dans le respect des formalités internes.

Article 4

La présente décision annule et remplace la décision n° 2016-142 et prend effet à compter du 1^{er} avril 2017. Toute modification fera l'objet d'une nouvelle décision qui sera notifiée aux intéressés.

Rouen, le 18 avril 2017



Isabelle Lesage
Directrice Générale

***Destinataires : Registre de la Direction Générale
Directeurs de garde
Monsieur le Président de la Commission médicale d'établissement
Madame la Coordinatrice générale des soins
Monsieur le Comptable Public de l'Etablissement***

CHU - Hôpitaux de Rouen

76-2015-04-03-001

lpprt021-20170407095709

Décision de délégation de Signature pour Mme V.

Chapeau

Décision de délégation de Signature pour Mme V. Chapeau

DECISION N° 2017-55
PORTANT DELEGATION DE SIGNATURE EN CAS D'EMPECHEMENT DU TITULAIRE

Isabelle Lesage, Directrice Générale du Centre Hospitalier Universitaire-Hôpitaux de Rouen, conformément au décret du Président de la République en date du 27 novembre 2014 ;

Vu le Code de la santé publique et notamment ses articles L 6141-1 et L 6143-7, et D 6143-33 à D 6143-35 ;

Vu l'Ordonnance n°2015-899 du 23 Juillet 2015 relative aux marchés publics, le Décret n°2016-360 du 25 mars 2016 relatifs aux marchés publics et le Décret n° 2016-86 du 1er février 2016 relatif aux contrats de concession ;

Vu la décision n° 2015-158 portant délégation de signature à Monsieur Ronan TALEC et la décision n°2015-197 portant délégation de signature à Mme Alice JAFFRE.

DECIDE :

Article 1^{er}

En cas d'empêchement de Monsieur Ronan TALEC et de Madame Alice JAFFRE, délégation est donnée à Madame Victoria CHAPEAU, responsable des achats au sein de la direction des Achats, de l'Hôtellerie, de la Logistique et de l'Ingénierie Biomédicale, à l'effet de signer, au nom de la Directrice Générale, tous les actes suivants :

- Les envois à la publication des marchés publics, des accords-cadres et des contrats de concession,
- Les courriers de remise en concurrence dans le cadre d'un accord-cadre,
- Les courriers de candidatures à des procédures de mises en concurrence lancées par d'autres opérateurs économiques,
- Les courriers de notifications de rejet des soumissionnaires non retenus et d'information aux soumissionnaires retenus,
- Les courriers de notifications des marchés publics, des accords-cadres et des contrats de concession,
- Tous les actes d'administration et de gestion des procédures de consultations concourant à la préparation des choix des attributaires des marchés publics, des accords-cadres et des contrats de concession,
- Les pièces relatives à la gestion contentieuse des marchés publics, des accords-cadres et des contrats de concession,
- Les pièces comptables d'exécution et de paiement des marchés annexées aux mandats, justificatives du service fait,
- Les décisions et courriers relatifs à l'exécution des marchés publics ou d'accord-cadres ou des contrats de concession (notamment les ordres de services, les formules de nantissement et de cession de créances dans l'exécution des marchés publics, les courriers de reconduction ou de non reconduction, les courriers d'acceptation ou de refus de variation des prix, les courriers de mise en demeure, les courriers d'application des pénalités, les courriers de résiliation),
- Les marchés publics se rapportant à la Direction des Achats, de l'Hôtellerie, de la Logistique et de l'Ingénierie Biomédicale, à savoir les commandes, lettres de commande, actes d'engagement juridique de dépense et de recette et contrats emportant dépense et recette d'un montant inférieur à 20.000 € HT,
- Les bons de commandes, sans limite de montant, se rapportant à des marchés publics signés par la directrice générale ou tout autre directeur ayant une délégation de signature, ou à des marchés publics pour lesquels l'établissement est membre d'un groupement de commande ou des marchés publics passés par une centrale d'achat public,
- Les grilles tarifaires de l'établissement concernant les prestations de logistique, de blanchisserie et de restauration fournies par l'établissement à d'autres opérateurs économiques, ainsi que l'établissement des devis et factures correspondantes,
- Les notes de service ou d'information, décisions et courriers relatifs aux attributions du directeur des Achats, de l'Hôtellerie, de la Logistique et de l'Ingénierie Biomédicale,
- Tout acte nécessaire à la bonne organisation de sa direction,
- Les copies certifiées conformes à l'original,
- Les états de frais de déplacement,
- Les ordres de missions,
- Les congés.

Article 2

Madame Victoria CHAPEAU rend compte des conditions d'exécution de cette délégation à Monsieur Ronan TALEC et Madame Alice JAFFRE.

La présente décision prend effet à compter de la date de sa publication. Elle est transmise sans délai au comptable de l'Etablissement.

Toute modification à la présente décision sera notifiée à l'intéressé.

Rouen, le lundi 3 avril 2017

Le Délégué

Victoria CHAPEAU



Le Délégué

Isabelle LESAGE
Directrice Générale



Copie : Mme CHAPEAU

M. TALEC

Mme JAFFRE

M. le Directeur Général Adjoint

M. le Comptable Public de l'Etablissement

Registre de la Direction Générale

CHU - Hôpitaux de Rouen

76-2017-05-02-003

Règlement intérieur du CHU de Rouen

Règlement intérieur du CHU de Rouen



Règlement Intérieur

SOMMAIRE

PREAMBULE	7
1. DISPOSITIONS GENERALES	8
1.1. Le CHU - HOPITAUX DE ROUEN (CHU – HR)	8
1.1.1. Le CHU – Hôpitaux de Rouen, établissement public de santé	8
1.1.2. Les missions et obligations du CHU – Hôpitaux de Rouen (2)	9
1.1.3. Le Conseil de surveillance, le Directeur Général et le Directoire	11
1.1.4. Les instances consultatives	12
1.1.4.1. La Commission médicale d'établissement (1) :	12
1.1.4.2. Le Comité Technique d'Etablissement (2) :	13
Ce comité assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement.....	13
1.1.4.3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (3) :	13
1.1.4.4. Les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail	16
1.1.5. Autres instances	17
1.1.6. La Direction de site	17
1.1.7. Gardes de direction	17
1.2. ORGANISATION DES SOINS	18
1.2.1. Structures médicales (1)	18
1.2.2. Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle (2)	18
1.2.3. Cadre supérieur de santé du pôle	19
1.2.4. Cadre administratif de pôle	19
1.2.5. Directeur chargé de pôle	19
1.2.6. Structures internes	19
1.2.7. Dispositions spécifiques au pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie (4)	19
1.2.8. Autonomie des professionnels	20
1.2.9. Permanence des soins	20
1.2.10. Fonctions des internes (1)	21
1.2.11. Fonctions des étudiants hospitaliers (3)	21
1.2.12. Coordination des soins dispensés aux malades	21
1.2.13. Service de soins	21
1.3. SECURITE ET HYGIENE	22
1.3.1. Finalité et portée des règles	22
1.3.2. La sécurité générale	23
1.3.2.1. Accès à l'hôpital	23
1.3.2.2. Calme au sein de l'hôpital	23
1.3.2.3. Personnels de sécurité générale	23
1.3.2.4. Matériels de sécurité générale	23
1.3.2.5. Sécurité générale – Règles de responsabilité (1)	24
1.3.2.6. Rapports avec l'autorité judiciaire (3)	24
1.3.2.7. Rapports avec les autorités de police	24
1.3.2.8. Circonstances exceptionnelles	25
1.3.3. La sécurité de fonctionnement	25
1.3.3.1. Gestion des risques	25
1.3.3.2. Personnel technique et continuité du service	26
1.3.3.3. Sécurité incendie	26
1.3.3.4. Interdiction de fumer (3)	26
1.3.4. La circulation et le stationnement automobiles	27
1.3.4.1. Nature de la voirie hospitalière	27
1.3.4.2. Règles applicables	27
1.4. AMELIORATION DE LA QUALITE	28
1.4.1. Mise en œuvre de la politique qualité	28
1.4.2. Organisation de la démarche de certification	28
1.4.3. Conséquences de la non qualité	29
1.4.3.1. Gestion des réclamations et plaintes	29
1.4.3.2. Etude des dommages sanitaires par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)	29
2. CONSULTATION ET HOSPITALISATION	31
2.1. PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS	31
2.1.1. Droit à la prévention et aux soins (1)	31

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

2/213

2.1.2.	Libre choix du malade (3)	31
2.1.3.	Accueil des malades (7) – Accès aux soins des personnes démunies (8)	31
2.2.	CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES	32
2.3.	ADMISSION EN HOSPITALISATION.....	32
2.3.1.	Décision d'admission (1).....	32
2.3.2.	Formalités d'admission requises	32
2.3.2.1.	Formalités administratives	32
2.3.2.2.	Dépôts et restitution de bien et de valeurs.....	33
2.3.3.	Information de la famille – Personne à prévenir – Secret de l'admission (3)	33
2.3.4.	Personne de confiance (1)	34
2.3.5.	Livret d'accueil (4).....	35
2.3.6.	Modes d'admission	35
2.3.6.1.	Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation (1).....	35
2.3.6.2.	Admission programmée	35
2.3.6.3.	Admission directe dans un service	35
2.3.6.4.	Admission à la suite d'un transfert (2).....	36
2.3.7.	Hospitalisation sans consentement en psychiatrie (1)	36
2.3.8.	Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet (2)	36
2.4.	ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL	37
2.4.1.	Organisation de l'activité libérale.....	37
2.4.2.	Exercice de l'activité libérale.....	37
2.5.	ACCUEIL EN URGENCE.....	38
2.5.1.	Organisation de la prise en charge en urgence (1)	38
2.5.2.	Cas des malades amenés par la police en urgence	39
2.5.3.	Intervention des personnels à proximité immédiate du site hospitalier (1)	39
2.5.4.	Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence.....	39
2.5.5.	Information sur les malades hospitalisés en urgence (1)	40
2.6.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX MALADES MINEURS	41
2.6.1.	Garde et protection des mineurs	41
2.6.2.	Consultations pour mineurs	41
2.6.3.	Admission des malades mineurs (1)	41
2.6.4.	Mineurs reçus en urgence	42
2.6.5.	Accompagnement des enfants en hospitalisation	42
2.7.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES	42
2.7.1.	Admission en maternité (1).....	42
2.7.2.	Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles.....	43
2.7.3.	Admission des femmes pour une Interruption de Grossesse.....	43
2.8.	DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS.....	44
2.8.1.	Malades étrangers (1).....	44
2.8.2.	Militaires et victimes de guerre (2).....	44
2.8.3.	Patients gardés à vue et personnes détenues (3).....	44
2.8.4.	Toxicomanes (cure de désintoxication) (4).....	45
3.	INFORMATION ET SOINS.....	45
3.1.	INFORMATION DES MALADES	45
3.1.1.	Droit à l'information.....	45
3.1.2.	Modalités d'exercice du droit à l'information.....	47
3.1.2.1.	Entretien individuel.....	47
3.1.2.2.	Communication du dossier médical	47
3.1.2.3.	Clichés d'imagerie médicale	47
3.1.3.	Relations avec les proches et ayants droit.....	48
3.1.4.	Relations avec les médecins traitants	48
3.1.5.	Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie (1)	49
3.1.5.1.	Directives anticipées (2).....	49
3.1.5.2.	Soulagement de la douleur en fin de vie (3)	49
3.1.6.	Traitements informatiques des données	49
3.2.	CONSENTEMENT AUX SOINS	50
3.2.1.	Accord sur les soins (1)	50
3.2.2.	Refus des soins	50
3.2.2.1.	Cas général (1)	50
3.2.2.2.	Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie (1)	51

3.3.	DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX MALADES MINEURS	52
3.3.1.	Informations concernant les mineurs.....	52
3.3.2.	Consentement aux soins pour les mineurs	53
3.4.	DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS SOUS TUTELLE (1).....	54
3.5.	DON ET UTILISATION DU SANG (1)	55
3.5.1.	Don du sang	55
3.5.2.	Transfusions sanguines.....	55
3.5.3.	Sécurité transfusionnelle	55
3.6.	DONS ET PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS.....	56
3.6.1.	Principes généraux (1).....	56
3.6.2.	Prélèvements sur une personne vivante (2).....	56
3.6.3.	Prélèvements sur une personne décédée (3)	56
3.7.	PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES (1)	57
4.	SEJOUR DES PATIENTS	58
4.1.	PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR.....	58
4.1.1.	Règles générales.....	58
4.1.2.	Dépôts des objets appartenant au patient -Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet appartenant au malade (3).....	58
4.1.3.	Gestion des biens (1) et protection des majeurs sous tutelle.....	59
4.1.4.	Horaires quotidiens du séjour hospitalier	59
4.1.5.	Service des repas	59
4.1.6.	Poursuite de la scolarité	60
4.1.7.	Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation (1)	60
4.1.8.	Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation (3)	60
4.1.9.	Exercice des cultes (5)	60
4.1.10.	Surveillance et garde des personnes détenues à l'hôpital (1).....	61
4.1.11.	Interventions du Service Social (3).....	61
4.2.	ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL	62
4.2.1.	Visites	62
4.2.2.	Recommandations aux visiteurs (2)	62
4.2.3.	Stagiaires extérieurs	63
4.2.4.	Associations (1)	63
4.2.5.	Accès des professionnels de la presse (1).....	64
4.2.6.	Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs (1)	64
4.2.7.	Intervention des notaires	64
4.2.8.	Accueil et hébergement Inter-hospitalier	64
4.3.	REGLES DIVERSES	65
4.3.1.	Respect de la dignité et de l'intimité (1).....	65
4.3.2.	Droits civiques	65
4.3.3.	Neutralité du Service Public	65
4.3.4.	Prestataires de service au sein de l'hôpital	66
4.3.5.	Interdiction des pourboires	66
4.3.6.	Effets personnels	66
4.3.7.	Jouets	66
4.3.8.	Animaux domestiques (4).....	66
4.3.9.	Courrier.....	67
4.3.10.	Téléphone (2)	67
4.3.11.	Télévision.....	67
5.	SORTIE DES PATIENTS	68
5.1.	SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR	68
5.1.1.	Décision de sortie (1).....	68
5.1.2.	Organisation de la sortie des malades adultes (2)	68
5.1.3.	Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation (1).....	69
5.1.4.	Sortie des nouveau-nés (3)	69
5.2.	CAS PARTICULIERS DE SORTIE	69
5.2.1.	Sortie contre avis médical (1).....	69
5.2.2.	Sortie sans avis médical (à l'insu du service).....	69
5.2.3.	Sortie disciplinaire (4)	70
6.	NAISSANCES ET DECES.....	70
6.1.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES	70

6.1.1.	Déclaration de naissance - cas général (1)	70
6.1.2.	Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale (2)	70
6.2.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES	71
6.2.1.	Attitude à l'approche du décès (1)	71
6.2.2.	Information sur le décès (3)	71
6.2.3.	Formalités entourant le décès	71
6.2.4.	Gestion des objets du défunt (1)	72
6.2.5.	Don du corps à la science (3)	72
6.2.6.	Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires	73
6.2.7.	Dépôt des corps à la chambre mortuaire (3)	73
6.2.8.	Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs	73
6.2.9.	Mise en bière et transport après mise en bière (5)	74
6.2.10.	Transport de corps sans mise en bière	75
7.	DISPOSITIONS FINANCIERES	76
7.1.	TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES	76
7.2.	FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER	76
7.2.1.	Régimes d'hospitalisation	76
7.2.2.	Tarifs des prestations	77
7.2.3.	Forfait journalier (2)	77
7.2.4.	Paiement des frais de séjour et provisions (3)	77
7.2.5.	Dispositions particulières à certains patients	77
7.2.6.	Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale	77
7.2.7.	Prestations fournies aux accompagnants	77
8.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS	78
8.1.	REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU MALADE	78
8.1.1.	Devoir d'information du public (1)	78
8.1.2.	Secret professionnel (2)	78
8.1.3.	Obligation de discrétion professionnelle (1)	79
8.1.4.	Devoir général de réserve - Respect de la liberté de conscience et d'opinion	79
8.1.5.	Respect du confort des malades	79
8.1.6.	Exigence d'une tenue correcte	80
8.1.7.	Identification vis-à-vis des interlocuteurs	80
8.1.8.	Accueil et respect du libre choix des familles	80
8.2.	AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL	81
8.2.1.	Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d'intérêts	81
8.2.2.	Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (1)	81
8.2.3.	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces	81
8.2.4.	Interdiction de consommer et d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail (3)	81
8.2.5.	Exécution des instructions reçues (1)	82
8.2.6.	Assiduité et ponctualité	82
8.2.7.	Information du supérieur hiérarchique	82
8.2.8.	Obligation de signalement des incidents ou risques (3)	82
8.2.9.	Témoignage en justice ou auprès de la police	83
8.2.10.	Bon usage des biens de l'hôpital	83
8.2.11.	Bonne utilisation du système d'information	83
8.2.12.	Obligation de déposer les biens confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital	83
8.2.13.	Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux	83
8.2.14.	Respect des règles d'hygiène et de sécurité	83
8.3.	Droits du personnel (1)	85
8.3.1.	Liberté d'opinion - non discrimination	85
8.3.2.	Protection contre le harcèlement	85
8.3.3.	Liberté d'expression	85
8.3.4.	Liberté syndicale - droit de grève	86
8.3.5.	Protection organisée des agents	86
8.3.6.	Droit d'accès à son dossier administratif	86
8.3.7.	Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail	86
8.3.8.	Hygiène et sécurité des conditions de travail	86
8.3.9.	Droit à la formation	86
9.	CHARTRE DU BON USAGE DES TECHNOLOGIES NUMERIQUES (annexe 10)	88

10.	CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE LA MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE 89	
11.	PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	90

Annexe 1:	REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE	92
Annexe 2 :	REGLEMENT INTERIEUR DE LA CME	103
Annexe 3 :	REGLEMENT INTERIEUR DU CTE	120
Annexe 4 :	REGLEMENT INTERIEUR DU CHSCT –CHU – HR –	127
Annexe 5 :	REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS (CDU).	146
Annexe 6 :	REGLEMENT INTERIEUR DE L'EHPAD ET L'USLD	161
Annexe 7 :	REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU SSIAD	175
Annexe 8 :	REGLEMENT INTERIEUR DES PAVILLONS AUBETTE ET PILLOR	183
Annexe 9 :	CHARTRE DU BON USAGE DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE	190
Annexe 10 :	CHARTRE DU BON USAGE DES TECHNOLOGIES NUMERIQUES	192

PREAMBULE

Le présent règlement intérieur du CHU-Hôpitaux de Rouen est arrêté en application du Code de la Santé Publique et notamment son article L6143-1.

Il se substitue au règlement intérieur du 6 juillet 2015.

Il définit les règles de fonctionnement des établissements du CHU-Hôpitaux de Rouen propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients, des personnels, et de toute personne extérieure à l'hôpital.

Il est tenu à la disposition des patients, de leurs proches, des personnels et de toute personne qui en formule la demande auprès de la Direction Générale, les directions de site et la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques.

Le Directeur du CHU-Hôpitaux de Rouen veille à l'exécution du présent règlement intérieur.

Sauf dispositions contraires mentionnées expressément, le présent règlement intérieur s'applique à l'ensemble des établissements et services composant le CHU-Hôpitaux de Rouen. En particulier, les secteurs d'EHPAD (Etablissements Hébergeant des Personnes Agées Dépendantes) et USLD (Unités de Soins de Longue Durée) disposent d'un règlement de fonctionnement spécifique (annexe 6).

Les activités du service public hospitalier exercées à l'extérieur des établissements, notamment au domicile des malades, sont rattachées pour leur gestion au CHU-Hôpitaux de Rouen.

1. DISPOSITIONS GENERALES

1.1. Le CHU - HOPITAUX DE ROUEN (CHU – HR)

1.1.1. Le CHU – Hôpitaux de Rouen, établissement public de santé

Le CHU – Hôpitaux de Rouen est un établissement public de santé, régi par le Code de la Santé Publique, qui gère les sites hospitaliers, établissements industriels, services généraux et écoles (1). Il est doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Son siège est situé au 1, rue de Germont, 76031 Rouen Cedex.

Les sites hospitaliers sont au nombre de 5 :

- Hôpital Charles Nicolle (Rouen), 1 rue de Germont 76031 Rouen Cedex
- Hôpital de Bois-Guillaume (Bois-Guillaume), 147 avenue du Maréchal Juin 76230 Bois-Guillaume
- Hôpital de Saint-Julien (Petit-Quevilly), rue Guillaume Lecointe 76140 Le Petit Quevilly
- Hôpital de Oissel (Oissel), rue Pierre Curie 76350 Oissel
- Site de Boucicaut (Mont-Saint-Aignan), 3 rue de Boucicaut 76130 Mont Saint Aignan

Les établissements industriels sont :

- La Blanchisserie inter hospitalière (Rouen) route de Lyons 76031 Rouen Cedex
- L'unité Centrale de Production Alimentaire (Bois-Guillaume) Hôpital de Bois Guillaume 76031 Rouen Cedex

L'Espace Régional de Formation des Professionnels de Santé (ERFPS) (Rouen) regroupe l'ensemble des 13 écoles et instituts du CHU-Hôpitaux de Rouen :

- Ambulancier
- Aides-soignants
- Auxiliaires de puériculture
- Cadres de Santé
- Ergothérapeutes
- Infirmiers anesthésistes
- Infirmiers de bloc opératoire
- Infirmiers
- Kinésithérapeutes
- Psychomotriciens
- Puéricultrices
- Sages-Femmes
- Techniciens Supérieurs Imagerie Médicale et Radiologie Thérapeutique

Un Medical Training Center, centre de simulation et d'entraînement est installé 20 rue Curie.

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

8/213

Le CHU - HR est lié par convention à l'UFR de Médecine et Pharmacie de l'Université de Rouen.

Les sites annexes sont:

- Le centre de Lutte Anti Tuberculose –Rouen
- L'Infirmierie Unité de Soins Somatiques de la Maison d'arrêt Bonne Nouvelle à Rouen
- L'Infirmierie du Centre de Rétention Administratif à Oissel
- L'unité d'hospitalisation du service d'addictologie installée au Centre Hospitalier du Rouvray

1.1.2. Les missions et obligations du CHU – Hôpitaux de Rouen (2)

Le CHU – Hôpitaux de Rouen est un Centre Hospitalier Universitaire qui exerce ses missions au plan local et régional, voire au plan interrégional et national.

En effet, le CHU – Hôpitaux de Rouen exerce les missions d'un hôpital de proximité. Il a également une vocation de structure de recours pour une prise en charge et des soins spécialisés à l'adresse des populations de toute la région et au-delà en fonction de la demande.

Il a pour missions :

- d'assurer les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte des aspects psychologiques du patient ;
- de participer à des actions de santé publique et notamment à toutes actions médico-sociales coordonnées et à des actions d'éducation pour la santé et la prévention, à la mise en œuvre du dispositif de vigilance destiné à garantir la sécurité sanitaire, notamment des produits mentionnés à l'article L 5311-1 du Code de la Santé Publique, et d'organiser en son sein la lutte contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes dans les conditions prévues par voie réglementaire. Il met en place un système permettant d'assurer la qualité de la stérilisation des dispositifs médicaux répondant à des conditions définies par voie réglementaire.

Il a pour objet :

- de dispenser :
 - avec ou sans hébergement :
 - des soins de courte durée ou concernant des affections graves pendant leur phase aiguë en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie,
 - des soins de suite ou de réadaptation dans le cadre d'un traitement ou d'une surveillance médicale à des malades requérant des soins continus, dans un but de réinsertion,
 - des soins de longue durée comportant un hébergement à des personnes n'ayant pas leur autonomie de vie dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

- de concourir :
 - à l'enseignement universitaire et postuniversitaire,
 - à la formation continue des praticiens hospitaliers et non-hospitaliers,
 - à la recherche médicale et pharmaceutique,
 - à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical et à la recherche dans leurs domaines de compétences,
 - aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination, conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente,
 - à la lutte contre l'exclusion sociale en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion, dans une dynamique de réseaux.
- de développer une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à la prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité,
- de procéder à l'analyse de son activité.

Le CHU – Hôpitaux de Rouen est régi par les principes fondamentaux de l'égal accès de tous aux soins, de la continuité du service et de l'adaptation continue des moyens aux exigences de qualité de ce service.

De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le CHU – Hôpitaux de Rouen est en mesure d'accueillir toutes les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit en son sein, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins. La dispensation de soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles (notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches), le respect de la dignité et de la personnalité du malade, la prise en compte de sa souffrance, et le devoir d'assistance à personne en péril sont des obligations essentielles de l'ensemble des personnels du CHU – Hôpitaux de Rouen. La continuité du service est assurée par une organisation adéquate sur le plan des soins et des relations avec les malades et leurs proches, ainsi que dans le domaine technique (3).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L. 6141-1 L. 6141-2 L. 6142-1 L. 6142-3 du CSP
(2) Articles L. 6111-1, L. 6111-2, L. 6111-3, L. 6112-1, L. 6112-2 du CSP
(3) cf. 1.1.7, 1.2.9 et 1.3.3.2 du RI

1.1.3. Le Conseil de surveillance, le Directeur Général et le Directoire

Le CHU- Hôpitaux de Rouen est doté d'un Conseil de Surveillance. Il est dirigé par un Directeur Général, nommé par décret, qui préside le Directoire. (1)

Le Conseil de surveillance (2) se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement.

Il se prononce par délibération ou par avis sur les matières définies par le code de la santé publique

Il est également informé dans les domaines déterminés par le code de la santé publique.

Le Conseil de surveillance dispose de son propre règlement intérieur.

Le Directeur Général (3) conduit la politique générale de l'établissement.

Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Il est compétent pour régler les affaires de l'établissement à l'exclusion de celles qui relèvent de la compétence du Conseil de surveillance. Dans les domaines déterminés par la loi, les décisions sont prises par le Directeur Général après concertation avec le Directoire.

Il participe aux séances du Conseil de surveillance, et exécute ses délibérations.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques qui s'imposent aux professions de santé.

Il est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger.

Le Directeur Général est assisté par une équipe de Directeurs responsables, sous son autorité, du fonctionnement de l'institution dans un secteur fonctionnel ou géographique, ou dans un pôle, déterminé en application de l'organigramme de Direction ; des délégations de signature sont mises en œuvre.

Le Directoire (4) est composé de neuf membres, dont une majorité sont issus du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique. Quatre sont membres de droit et cinq sont nommés pour une durée de quatre ans.

Les quatre membres de droit sont :

- le Directeur Général, qui en est le président,
- le président de la CME, qui en est le premier vice-président, chargé des affaires médicales,
- le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine et de pharmacie relevant de l'université de Rouen qui en est le vice-président doyen,
- le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques.

Un vice-président chargé de la recherche est également nommé par le Directeur Général, sur présentation d'une liste de propositions établie conjointement par le Président de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, le Président de l'Université de Rouen et le vice-président doyen, directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine et de pharmacie de l'Université de Rouen.

Outre les membres de droit, le Directeur Général nomme quatre membres pour une durée de quatre ans. Une liste de proposition est établie par le président de la CME, conjointement avec le Directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur Général dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas de désaccord, constaté par le Directeur Général sur les noms portés sur la liste transmise ou du fait de l'absence ou du caractère incomplet de cette dernière, le Directeur Général peut demander une nouvelle liste sous quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme les membres de son choix. Ces membres sont révocables par le Directeur Général.

Le Directoire conseille le Directeur Général dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6141-1 et L 6143-7-2 du CSP
(2) Articles L 6143-1 et R 6143-1 à R 6143-16 du CSP
(3) Articles L 6143-7 à L 6143-7-2, et D 6143- 33 à D 6143-35 du CSP
(4) Articles L 6143-7-3 à L 6143-7-5 et D 6143-35-1 à D 6143-35-5 du CSP

1.1.4. Les instances consultatives

Le CHU- Hôpitaux de Rouen est doté des instances consultatives suivantes :

1.1.4.1. La Commission médicale d'établissement (1) :

La Commission médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Elle est, selon le cas, consultée ou informée, conformément à la réglementation.

Cette commission est représentative des personnels médicaux, odontologiques, et pharmaceutiques et maïeutiques.

a) La commission médicale d'établissement est composée de cinquante-six membres. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué par élection sans qu'il y ait de candidature distincte.

Les sièges sont répartis selon 8 collèges.

Collège n°1 : Les 13 chefs de pôles, membres de droit.

Collège n°2 : quatre représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles. Un représentant, praticien hospitalier, est élu par les responsables de structure interne praticiens hospitaliers pour chaque site du CHU.

Collège n°3: onze représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement.

Collège n°4 : onze représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement.

Collège n°5 : cinq représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dans l'établissement.

Collège n°6 : cinq représentants des internes.

Collège n°7 :

- 2 représentants élus des sages-femmes,
- 1 représentant élu des praticiens hospitaliers en Odontologie.

Collège n°8 : 4 représentants des étudiants hospitaliers.

Assistent en outre avec voix consultative :

1°. Le président du Directoire, ou son représentant. Il peut être assisté de toute personne de son choix.

2°. Le directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie.

3°. Le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques.

4°. Le praticien responsable de l'information médicale.

5°. Le représentant du Comité technique d'établissement, élu en son sein.

6°. Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène.

7°. Le représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur Général.

8° Le médecin du travail (article Art. R. 4626-21 du code du travail)

La CME élit parmi ses membres un président et deux vice-présidents.

b) L'organisation interne de la commission médicale d'établissement est définie par le règlement intérieur de cette instance, conformément aux dispositions du Code de la Santé publique (annexe 2).

1.1.4.2. Le Comité Technique d'Etablissement (2) :

Ce comité assure la représentation des personnels non médicaux de l'établissement.

Il est présidé par le Directeur Général, ou son représentant membre du corps des personnels de direction.

Il est consulté ou informé sur les matières relatives au fonctionnement de l'établissement, définies par décret. Il dispose d'un règlement intérieur (annexe 3).

1.1.4.3. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (3) :

La CSIRMT est consultée ou informée sur les questions liées à l'organisation des soins dans les conditions fixées par décret.

a) Composition de la CSIRMT

Cette commission est composée de représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques. Elle est composée de 40 membres élus, et 40 suppléants, qui constituent 3 collèges. Sont également invités huit Agents de Service Hospitalier.

Collège des cadres de santé : 2/8ème des 40 sièges soit 10 sièges répartis ensuite selon les ETP affectés de chaque filière : 8 sièges pour la filière infirmière ; 1 siège pour la filière de rééducation ; 1 siège pour la filière médico-technique.

Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques : 4/8ème des 40 sièges soit 20 sièges répartis ensuite selon les ETP affectés de chaque filière : 16 sièges pour la filière infirmière ; 1 siège pour la filière de rééducation ; 3 sièges pour la filière médico-technique.

Collège des aides-soignants : 2/8ème des 40 sièges soit 10 sièges : 10 sièges pour la filière unique des aides-soignants.

1- Collège des cadres de santé : 10 membres titulaires et 10 membres suppléants. Il est composé des groupes suivants : - groupe de la filière infirmière : corps des infirmiers cadres de santé ; corps des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé ; corps des infirmiers anesthésistes cadres de santé ; corps des puéricultrices cadres de santé - groupe de la filière de rééducation : corps des pédicures podologues cadres de santé ; corps des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé ; corps des ergothérapeutes cadres de santé ; corps des psychomotriciens cadres de santé ; corps des orthophonistes cadres de santé ; corps des orthoptistes cadres de santé ; corps des diététiciens cadres de santé - groupe de la filière médico-technique : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé ; corps des techniciens de laboratoire cadres de santé ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

2- Collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico- techniques : 20 membres titulaires et 20 membres suppléants. Il est composé des groupes suivants : - groupe des personnels infirmiers : corps des infirmiers de bloc opératoire ; corps des infirmiers anesthésistes ; corps des puéricultrices ; corps des infirmiers - groupe des personnels de rééducation : corps des pédicures podologues ; corps des masseurs-kinésithérapeutes ; corps des ergothérapeutes ; corps des psychomotriciens ; corps des orthophonistes ; corps des orthoptistes ; corps des diététiciens - groupe des personnels médico-techniques : corps des préparateurs en pharmacie hospitalière ; corps des techniciens de laboratoire ; corps des manipulateurs d'électroradiologie médicale.

3- Collège des aides- soignants : 10 membres titulaires et 10 membres suppléants. Il est composé d'un groupe, formé par les corps des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture.

Le mandat des membres élus est de 4 ans, renouvelable.

b) Présidence de la CSIRMT

La CSIRMT est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques. Le Président, membre de droit du Directoire, rend compte chaque année de l'activité de la CSIRMT dans un rapport adressé au Directoire.

c) Modalités du scrutin

Sont électeurs les agents appartenant aux groupes susvisés et détenant le statut de fonctionnaire titulaire ou stagiaire et de contractuels relevant des dispositions de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée, en fonction au CHU de Rouen à la date du scrutin.

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

14/213

La liste électorale est révisée jusqu'à la veille du jour de scrutin concernant certaines situations.

- Radiation pour les motifs ci-dessous :

- Fin de contrat
- Mise à la retraite
- Décès
- Mise en disponibilité, congé sans traitement, congé non rémunéré
- Mise en congé parental
- Démission
- Mise à disposition
- Mise en congé de présence parentale
- Mise en détachement

- Inscription sur la liste électorale après clôture pour les raisons suivantes :

- Recrutement par voie de changement d'établissement
- Réintégration suite à détachement
- Réintégration suite à disponibilité, congé sans traitement, congé non rémunéré
- Réintégration suite à congé parental
- Réintégration suite à congé de présence parentale
- Réintégration suite à mise à disposition

Les électeurs sont éligibles à l'exception de ceux qui sont en congé de maladie depuis plus d'un an à la date de clôture des listes.

Le Directeur des Ressources Humaines par délégation du Directeur Général, informe par voie d'affichage, l'ensemble des personnels concernés d'un appel à candidature un mois au moins avant la date de scrutin.

L'information comporte le nombre de sièges à pourvoir au sein de chaque collège.

La date limite de dépôt des candidatures est fixée au plus tard à vingt-cinq jours avant la date du scrutin. Chaque candidature est adressée dûment signée au secrétariat de la Direction des Ressources Humaines. Le Directeur des Ressources Humaines par délégation du Directeur Général s'assure que les conditions d'éligibilité sont remplies.

Vingt jours avant la date du scrutin, les listes de candidats sont publiées par voie d'affichage. Aucune modification ne pourra être apportée à compter de cette publication.

Dix jours au plus tard avant la date du scrutin, la Direction des Ressources Humaines transmet à chaque électeur, réputé en activité, le matériel électoral à son domicile.

L'élection pour le renouvellement de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques se fait par vote électronique exclusivement.

Moyens et matériel de vote

MATERIEL DE VOTE

Les codes d'accès, qui se composent d'un identifiant et d'un code confidentiel, sont générés aléatoirement sans qu'ils soient communiqués à la Direction des Ressources Humaines. Ces codes permettront de se connecter à l'application informatique, et de valider son vote.

Une notice explicative du type « comment voter ? » ou obtenir de l'aide en cas de besoin est intégrée à ce courrier.

VOTE PAR INTERNET

Le vote électronique se traduira par un vote par internet. L'électeur aura la possibilité d'accéder au site de vote sécurisé depuis tout ordinateur.

Disposant d'une connexion à internet (à son domicile, dans un cybercafé, etc.), l'électeur pourra se connecter sur le site de vote en ligne grâce à l'adresse du site internet sécurisé qui lui a été fournie dans son matériel de vote ou à partir d'un lien sur l'intranet. Cette connexion est possible à partir d'un poste de travail individuel ou collectif et ce, 24 heures sur 24, pendant toute la durée d'ouverture du scrutin.

Par ailleurs, en cas de perte ou de non réception de ce courrier, l'électeur s'adressera aux membres du bureau de vote. Les membres du bureau de vote enverront à l'adresse déclarée dans le système, ou remettront, le cas échéant et une seule fois, un nouveau matériel de vote énoncé ci-dessus, cacheté sous pli fermé avec de nouveaux codes d'accès.

Afin de faciliter l'accès aux collaborateurs ne disposant pas d'un équipement informatique connecté à Intranet, un ordinateur, si nécessaire, sera proposé par la Direction des Soins sur le site de Charles Nicolle, en veillant au respect de la confidentialité des opérations.

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le Directeur Général et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au Directeur Général avant l'expiration de ce délai. A l'issue de ce délai, le Directeur Général proclame les résultats du scrutin.

1.1.4.4. Les Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail

Ces comités définissent les orientations générales en vue de la protection sanitaire et de la sécurité des personnes travaillant dans l'établissement. Ils sont chargés de procéder à l'analyse des risques professionnels, d'étudier et de donner des avis sur les problèmes relatifs à l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail des personnels liées exclusivement aux problèmes d'hygiène et de sécurité et de conditions de travail. A cet effet, ils contribuent à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du CHU – Hôpitaux de Rouen et à l'amélioration de leurs conditions de travail (4).

L'organisation mise en place au CHU-Hôpitaux de Rouen se décline de la façon suivante :

- 1) Un CHSCT-CHU-HR assurant notamment la compétence de coordination entre les CHSCT.
- 2) Six CHSCT dédiés répartis ainsi :
 - a) CHSCT « de sites »
 - CHSCT-HCN (Site Hôpital Charles Nicolle)
 - CHSCT-BG (Site Hôpital de Bois Guillaume)
 - CHSCT-SJ (Site Hôpital Saint Julien de Petit-Quevilly)
 - CHSCT – Oissel/Boucicaut (Sites Hôpital de Oissel et Boucicaut à Mont Saint Aignan)
 - b) Deux CHSCT « d'unités industrielles »
 - CHSCT Blanchisserie
 - CHSCT UCPA (Unité Centrale de Production Alimentaire)

Pour l'ensemble de leurs organisations, leurs compétences, leurs statuts de membres, leurs fonctionnements, leurs attributions et prérogatives, s'appliquent les dispositions prises :

1 – au Règlement Intérieur du CHSCT-CHU-HR approuvé le 6 juin 2013

2 – aux Règlements Intérieurs des CHSCT dédiés, en cours de déclinaison dans le courant de l'année 2014 pour les sites et unités industrielles ; à défaut, le Règlement Intérieur du CHSCT-CHU-HR s'applique mutatis mutandis.

Le Règlement Intérieur du CHSCT-CHU-HR est annexé au présent document (annexe 7).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6144-1 et 2, R 6144-1 à R. 6144-6 du CSP
(2) Articles L 6144-3 et suivants, et R 6144-40 à D 6144-81 du CSP
(3) Articles L 6146-9, R 6146-10 à 16 du CSP
(4) Articles R 4615-1 et suivants du Code du travail ; circulaire DH/8D n° 311 du 8.12.1989

1.1.5. Autres instances

Des commissions sont placées auprès de la Commission médicale d'établissement (cf. annexe 2)

Conformément à la réglementation, les commissions suivantes sont organisées :

- commission de l'activité libérale ;
- commission des usagers;
- conseil de la vie sociale, mis en place au sein des EHPAD ;
- groupe d'aide éthique à la décision médicale ;
- commission des formations.

1.1.6. La Direction de site

Le Directeur Général nomme sur chacun des sites un Directeur. Le Directeur de site assure la conduite de l'hôpital dont il est chargé sous l'autorité et conformément aux directives du Directeur Général avec le concours des Directions fonctionnelles et dans le respect du fonctionnement des pôles (1). Le Directeur rend compte de sa gestion devant le Directeur Général.

Texte(s) de Référence
(1) cf. 1.2 du RI

1.1.7. Gardes de direction

Afin d'assurer la présence permanente d'une autorité administrative au sein de l'établissement, de veiller à la bonne marche du service public hospitalier et de prendre les mesures nécessaires pour parer à tout événement susceptible d'entraver son fonctionnement normal, le Directeur Général habilite plusieurs agents, membres de l'équipe

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

17/213

de direction, à exercer des gardes de direction, durant lesquelles ils sont investis par délégation de domaines relevant de sa compétence et de sa responsabilité.

Un tableau de garde est établi annuellement par le Directeur Général, faisant apparaître nominativement la liste quotidienne des directeurs de garde et des directeurs assurant la permanence de la direction générale.

Une décision écrite du Directeur Général nomme officiellement les directeurs de garde et leur confère une délégation de signature pour plusieurs mesures qu'ils sont susceptibles de prendre au cours de leur garde de direction.

Il appartient au Directeur de garde d'avertir le Directeur d'astreinte de la Direction Générale notamment pour la gestion des événements qui, en raison de leur nature ou de leur gravité, sont susceptibles notamment d'engager la responsabilité ou concerner l'image du CHU - Hôpitaux de Rouen.

Un manuel de garde récapitulant les conduites à tenir pour une majorité de situations et de problématiques listées ainsi qu'un manuel plan blanc sont mis à la disposition de chaque directeur de garde.

Ces documents font l'objet d'actualisations régulières selon les évolutions réglementaires et/ou organisationnelles.

1.2. ORGANISATION DES SOINS

1.2.1. Structures médicales (1)

L'hôpital est organisé en pôles hospitalo-universitaires et hospitaliers.

L'organisation polaire est définie par le Directeur Général en concertation avec le directoire, conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la CME, du directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie, et du CTE.

Les pôles peuvent comporter des structures internes (services, unités fonctionnelles).

1.2.2. Chef de pôle, Contrat de pôle et Projet de pôle (2)

Le praticien chef de pôle est nommé par le Directeur Général, sur présentation d'une liste de propositions élaborée par le président de la CME et par le directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie. Cette liste, comportant au moins trois noms, est présentée au Directeur Général dans un délai de trente jours à compter de sa demande. En cas d'absence de proposition dans le délai requis, le Directeur Général nomme la personne de son choix. En cas de désaccord du Directeur Général sur les noms portés sur la liste ou si cette dernière est incomplète, le Directeur Général peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée dans les quinze jours. En cas de nouveau désaccord, il nomme le chef de pôle de son choix.

Le praticien chef de pôle est nommé pour une durée de 4 ans renouvelable.

Il est chargé de la mise en œuvre de la politique de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle.

Il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

Il organise, en concertation avec les équipes, le fonctionnement du pôle, et l'affectation des ressources humaines en fonction des nécessités de l'activité et compte tenu des objectifs prévisionnels du pôle, dans le respect de la déontologie de chaque praticien et des missions et responsabilités des structures, services, ou unités fonctionnelles.

Dans l'exercice de ses fonctions, il peut être assisté d'un ou plusieurs collaborateurs dont il propose la nomination au Directeur Général. Si le pôle comporte une unité obstétricale, l'un de ces collaborateurs est une sage- femme.

Le projet de pôle est élaboré par chaque chef de pôle.

Le contrat de pôle doit être conforme au projet de pôle.

Le projet de pôle définit les missions et responsabilités confiées aux structures internes, et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs assignés au pôle. Il prévoit l'organisation et les moyens qui en découlent.

Le projet de pôle définit notamment les orientations et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'organisation des soins.

Le contrat de pôle est signé pour une durée de 4 ans entre le Directeur Général et le chef de pôle. Il est soumis à un avis préalable du président de la CME afin de vérifier la cohérence avec le projet médical, ainsi que du directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie. Il fait l'objet d'une concertation avec le directoire.

Il décrit les objectifs notamment en matière de politique et de qualité des soins, ainsi que les moyens attribués au pôle. Il est assorti d'indicateurs de résultat, qui permettent d'évaluer la réalisation de ces objectifs.

Il définit le champ et les modalités de la délégation de gestion donnée au chef de pôle.

1.2.3. Cadre supérieur de santé du pôle

Le cadre supérieur de santé du pôle apporte son expertise à la gestion du pôle et participe à la mise en œuvre du projet de pôle.

1.2.4. Cadre administratif de pôle

Le cadre administratif de pôle apporte son expertise à la gestion du pôle en particulier dans le traitement des informations nécessaires à la mise en œuvre et au suivi du contrat de pôle.

1.2.5. Directeur chargé de pôle

Le directeur chargé de pôle facilite la mise en œuvre des projets du pôle et est un interlocuteur privilégié entre le pôle et l'administration.

1.2.6. Structures internes

Le Directeur Général nomme les responsables des structures internes, services, ou unités fonctionnelles, sur proposition du président de la CME et après avis du chef de pôle (3).

1.2.7. Dispositions spécifiques au pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie (4)

Le pharmacien chef de pôle chargé de la gérance de la pharmacie est responsable des activités prévues par la loi et autorisées pour cette pharmacie.

Il assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés dans le code de la santé publique, ainsi que des dispositifs médicaux stériles.

Il mène ou participe à toute action d'information sur les produits considérés et à toute action d'évaluation de leur bon usage ; il concourt à la pharmacovigilance, à la matériovigilance et à la commission en charge des médicaments et des dispositifs médicaux. Au travers du contrat de bon usage du médicament, il participe à l'amélioration du circuit du médicament. Il participe aux travaux des sous-commissions en charge des vigilances en tant que de besoin.

Le personnel attaché à la pharmacie exerce ses fonctions sous l'autorité technique du pharmacien chargé de la gérance et des pharmaciens adjoints de cette pharmacie à usage intérieur.

La comptabilité matière de la pharmacie est tenue sous son contrôle direct et sous sa responsabilité. La tenue de cette comptabilité est exclusive de tout maniement de fonds.

1.2.8. Autonomie des professionnels

Certains personnels, tels les Sages-Femmes et les Psychologues, conservent une autonomie dans l'organisation des soins et des actes relevant de leur compétence.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 6146-1 du CSP
(2) Articles L 6146-1, D 6146-1, R 6146-8 et 9 du CSP
(3) Décret n° 2016-291 du 11 mars 2016
(4) Articles L 5126-5 et R 5126-23 du CSP

1.2.9. Permanence des soins

L'organisation médicale mise en place a pour objet d'assurer en continu la permanence des soins excédant la compétence des personnels paramédicaux et la sécurité des malades hospitalisés ou admis en urgence. Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical (praticiens à temps complet ou partiel, assistants, praticiens attachés) :

- assurent le service quotidien de jour, du matin et de l'après-midi, du lundi au samedi matin inclus (visite médicale quotidienne, examens et soins des malades hospitalisés, soins et consultations des malades externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, préparation et dispensation des médicaments et autres produits relevant des pharmaciens).
- participent au service des samedi après-midi, dimanche et jours fériés, au service de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés. Ils sont tenus par ailleurs de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors des horaires du tableau de service, conformément au plan d'accueil des malades ou blessés en urgence (1).

La Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins définit annuellement avec le Directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. Ses attributions sont précisées par la réglementation (2). Son fonctionnement est défini dans son règlement intérieur.

Texte(s) de Référence
(1) cf. 2.5.1 du RI
(2) Arrêté du 30/04/2003 ; Décret n° 84-131 et 84-135 du 24/02/1984 modifié ; Décrets n° 85-384 du 29/03/1985 modifié ; n°87-788 du 28/09/1987

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

20/213

1.2.10. Fonctions des internes (1)

Les internes sont des praticiens en formation générale ou spécialisée qui, à l'hôpital, consacrent la totalité de leur temps à leurs activités médicales et à leur formation. Ils remplissent leurs fonctions sous l'autorité du chef de service. Au sein des pôles cliniques, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des malades (contre-visite), aux jours et heures arrêtés par le chef de service. Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du service. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère invasif, sous la responsabilité du chef de service, que s'ils sont habilités par celui-ci et à condition qu'un praticien autorisé par la réglementation (2) soit en mesure d'intervenir à tout moment.

Au sein des services médico-techniques, ils participent à l'exécution et à la validation des examens de diagnostic.

Les internes en pharmacie concourent à la préparation et à la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles, ainsi qu'à l'exécution des analyses de substances médicamenteuses et toxiques. Les internes participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

1.2.11. Fonctions des étudiants hospitaliers (3)

Les étudiants en médecine participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens et sous la surveillance des internes. Ils sont soumis aux règles déontologiques et éthiques de la profession médicale au cours des fonctions hospitalières qu'ils exercent, dans le cadre de leur formation. Ils sont chargés de la tenue des observations et de certains actes médicaux de pratique courante. Ils sont associés au service de garde. Ils suivent les enseignements dispensés au sein de l'hôpital et doivent se conformer aux obligations de présence qui leur sont fixées.

Texte(s) de Référence
(1) Décret n° 2013-73 du 23 janvier 2013
(2) Article L 4111-1 du CSP
(3) Décret n° 70-931 du 08/10/1970 modifié

1.2.12. Coordination des soins dispensés aux malades

L'ensemble des professionnels hospitaliers concourt à la prise en charge des patients. Ils y procèdent, quelle que soit leur catégorie statutaire, en fonction de la qualification et des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés à dispenser et d'une manière générale, du devoir d'assistance aux patients et à leurs familles. L'activité des professionnels hospitaliers est organisée de façon coordonnée en tenant compte des besoins des patients, que ces besoins soient ou non exprimés explicitement.

Lorsque plusieurs professionnels collaborent à l'examen ou au traitement d'un patient, ils doivent se tenir mutuellement informés. Chacun des professionnels assume ses responsabilités propres et veille à l'information du patient.

1.2.13. Service de soins

Le service de soins accueille les personnes soignées en hospitalisation, en consultation ou lors des examens et explorations. Dans chaque service de soins, un cadre de santé assure

la coordination, l'organisation et la mise en œuvre des soins ou des examens et/ou des explorations. Les personnels qualifiés (Infirmiers, Manipulateurs de radiologie, Kinésithérapeutes, ...) accomplissent les soins relationnels, techniques et/ou les examens et/ou les explorations ainsi que tous les soins nécessaires au confort du malade. Ils sont assistés, dans cette tâche, par d'autres professionnels (Aide-Soignant, Auxiliaires de Puériculture, aides Manipulateurs de Radiologie, ...) qui participent aux soins d'hygiène et de confort de la personne soignée. Les Agents des services hospitaliers accomplissent les tâches d'entretien et d'hygiène des locaux.

1.3. SECURITE ET HYGIENE

1.3.1. Finalité et portée des règles

Les règles de sécurité (sécurité générale et sécurité du fonctionnement) ont pour but de limiter les risques, accidentels ou intentionnels, susceptibles de nuire à la permanence, à la sûreté et à la qualité des prestations d'accueil et de soins que l'hôpital assure à ses usagers. Elles visent aussi à assurer le calme et la tranquillité des usagers et la protection des personnes et des biens contre les risques d'origine intentionnelle. Elles doivent être en permanence proportionnées aux besoins de l'hôpital en fonction des circonstances. Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement. Ces règles prennent en compte les besoins des personnes handicapées, usagers ou personnels (1). En tant que responsable de la conduite générale de l'hôpital (2), le Directeur Général édicte ces règles par voie de notes de service portant règlement intérieur spécifique et recommandations générales ou consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police et d'organisation du service, dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit. Quelle que soit la raison de sa présence au sein du site hospitalier, toute personne y ayant pénétré doit se conformer aux règles de sécurité, dans l'intérêt général. Elle doit respecter les indications qui lui sont données et, le cas échéant, obéir aux injonctions des personnels habilités. Dans la mesure où les conventions qui lient l'hôpital à certains organismes logés sur son domaine n'en décident pas autrement, les règles de sécurité en vigueur au sein du site sont opposables à ces organismes. Ils en sont informés et sont tenus de porter à la connaissance du Directeur de site les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils sont autorisés à occuper.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 2005-102 du 11/02/2005 pour l'égalité des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées
(2) Article L 6143-7 du CSP

1.3.2. La sécurité générale

1.3.2.1. Accès à l'hôpital

L'accès dans l'enceinte du site hospitalier est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs, aux personnels et aux professionnels extérieurs devant intervenir sur place. Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le Directeur qui, le cas échéant, peut prendre dans l'intérêt général les mesures restrictives qui lui paraissent nécessaires. L'accès de toute personne n'appartenant pas à une de ces catégories est subordonné à l'autorisation du Directeur. De même, pour des raisons de sécurité, le Directeur peut préciser et organiser les conditions d'accès à certains secteurs ou à certains locaux. Lorsqu'elles concernent les tiers, les limitations ou interdictions d'accès doivent être clairement affichées, avec mention explicite des risques courus et des responsabilités éventuelles. Sauf besoins ou autorisations spéciales, il est interdit d'introduire à l'hôpital : animaux (sous réserve de la dérogation particulière prévue (1)), alcool, armes, explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi. Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de l'administration hospitalière. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

1.3.2.2. Calme au sein de l'hôpital

Tout accompagnant ou visiteur qui crée un trouble au sein du site hospitalier est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il lui est enjoint de quitter l'hôpital. Si nécessaire, il peut être accompagné à la sortie du site, avec en cas de besoin appel aux autorités de police.

Texte(s) de Référence
(1) cf 4.3.8 du RI

1.3.2.3. Personnels de sécurité générale

Tous les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du Directeur, dans le strict respect de la loi et des textes pris pour son application (1). Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par le Code Pénal (obligation d'assistance aux personnes en péril ; légitime défense ou état de nécessité) et par le Code de Procédure Pénale (crime ou délit flagrant) (2). Ils ne peuvent intervenir dans les services de soins qu'à la demande du Directeur ou des personnes responsables de ces services. Ils peuvent retenir aux sorties du site hospitalier, durant le temps nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit (pour remise aux autorités de police) et tout patient désorienté ou susceptible visiblement de courir un danger à l'extérieur du site (en attendant sa prise en charge par un service de soins). En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à la rubrique « circonstances exceptionnelles » (3), ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire ou d'un vestiaire, ni à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule personnel.

1.3.2.4. Matériels de sécurité générale

L'installation de matériels de télé-protection, de vidéo-protection, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre de la réglementation applicable en matière de sécurité intérieure et extérieure, ainsi que de Défense Nationale, au titre d'établissement de santé de référence (ESR). Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des malades et le droit à la vie privée des usagers et du personnel ; il doit rester conforme aux règles énoncées par la Commission

Nationale de l'Informatique et des Libertés. (4). L'installation, le fonctionnement et l'exploitation des matériels de vidéo-protection doivent observer les dispositions de la loi et des textes pris pour son application. (5)

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-629 du 12/07/1983 ; Circulaire n° 86-343 du Ministère de l'Intérieur ; loi n° 2003-239 du 18/03/2003 relative à la sécurité intérieure
(2) Articles 223-6 et 122-7 du Code pénal ; Article 73 du Code de procédure pénale
(3) cf 1.3.2.8 du RI
(4) Loi n°78-17 du 06/01/1978 sur l'informatique, les fichiers et les libertés ; délibération CNIL du 21/06/1994 ; Articles 226-16 à 226-20 du Code pénal ; Circulaire DH/AF1 n°91-71 du 26/12/1991
(5) Loi n° 95-73 du 21/01/1995 ; Circulaire du 14 septembre 2011 relative au cadre juridique applicable à l'installation de caméras de vidéo-protection sur la voie publique et dans les lieux ou établissements ouverts au public, d'une part, et dans les lieux non ouverts au publics, d'autre part

1.3.2.5. Sécurité générale – Règles de responsabilité (1)

La mise en œuvre par l'hôpital de mesures de protection et de surveillance pour éviter que n'y surviennent des événements préjudiciables à son bon fonctionnement ne modifie pas les règles normales de la responsabilité hospitalière. Les faits de délinquance et de violence perpétrés dans l'enceinte de l'hôpital engagent totalement la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non. Le CHU – Hôpitaux de Rouen assure en cas de menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages, la protection des agents qui en sont victimes à l'occasion de leurs fonctions et, le cas échéant, la réparation du préjudice qui en résulte. Les victimes des dommages de toute nature peuvent porter plainte en leur nom personnel ; le Directeur porte plainte pour les dommages subis par l'hôpital. Dans l'hypothèse où un agent agressé estimerait ne pas pouvoir porter plainte, le Directeur en application du code de Procédure Pénale (2) peut porter les faits à la connaissance du Procureur de la République dans la mesure où ces faits paraissent constituer un délit (ou a fortiori un crime).

1.3.2.6. Rapports avec l'autorité judiciaire (3)

Le Directeur informe sans délai le Procureur de la République des crimes et délits qui sont portés à sa connaissance. Il avise l'officier de police judiciaire territorialement compétent en cas de mort violente ou suspecte.

1.3.2.7. Rapports avec les autorités de police

Seul le Directeur a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police. Il lui revient de décider s'il y a lieu de demander au sein du site une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire. En cas d'enquête de police judiciaire, le Directeur est systématiquement informé des situations et des conditions dans lesquelles cette enquête intervient. Il veille à ce que soient pris en considération, dans les meilleures conditions possibles, les impératifs et les garanties tirés

de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, des dispositions relatives aux droits des malades (4) et d'une manière générale des droits du citoyen.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 11)
(2) Article 40 du Code de procédure pénale
(3) Articles 40 et 74 du Code de procédure pénale ; Article 81 du Code civil
(4) Loi n°2002-303 du 04/03/2002 (droits des usagers et qualité du système de santé)

1.3.2.8. Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le Directeur prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation. Le Comité local d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence. Le Directeur peut ainsi faire procéder, avec l'accord et en présence des intéressés, à l'ouverture des vestiaires, armoires individuelles, véhicules, ou à des investigations dans les chambres d'hospitalisation. Il peut ainsi faire interdire l'accès du site hospitalier à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuellement décidées (ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules ...) ou à justifier le motif de son accès sur le site.

En cas de péril grave et imminent pour le site, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le Directeur peut, sans consentement des intéressés, faire procéder en urgence à l'inspection de certains locaux et à l'examen de certains mobiliers ou véhicules. Il peut aussi décider d'un périmètre de sécurité ou d'une évacuation.

En situation exceptionnelle ou lors du déclenchement de plans d'urgence ou de sécurité générale (Ministères, Zone de défense Ouest, Préfecture 76 – SIRACED-PC, ARS Haute-Normandie), le Directeur prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission du service public hospitalier, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

1.3.3. La sécurité de fonctionnement

1.3.3.1. Gestion des risques

Le Directeur Général et ses adjoints prennent les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des malades et des autres personnes fréquentant chaque site. A cet effet, sur la base d'une évaluation des risques, ils définissent et mettent en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des instances concernées. Ils informent régulièrement ces instances de l'application des plans d'action et de prévention. Ils organisent la mise en œuvre de cette politique de façon à ce qu'elle soit accompagnée des autorisations nécessaires et qu'elle soit régulièrement soumise aux vérifications et contrôles obligatoires. Ils prévoient un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers des mesures qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

1.3.3.2. Personnel technique et continuité du service

Suivant les instructions du Directeur Général, et dans les domaines relevant de leurs compétences réciproques, les Directions concernées organisent la continuité du service sur le plan technique afin que l'institution puisse faire face en permanence aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement. Elles désignent respectivement les agents qui assurent ces interventions.

1.3.3.3. Sécurité incendie

L'ensemble des sites est assujéti au règlement de sécurité contre l'incendie relatif aux Etablissements recevant du public (1).

Tout le personnel est tenu de suivre périodiquement les formations obligatoires relatives à la sécurité incendie. Il doit être mis en garde contre les dangers que présente un incendie dans un hôpital, être formé à l'exécution de consignes très précises en vue de limiter l'action du feu et d'assurer le transfert horizontal ou l'évacuation et doit être entraîné à la manœuvre des moyens d'extinction (2).

Le personnel non formé à la sécurité incendie depuis plus de 2 ans doit, de lui-même, s'inscrire à l'une des formations proposées dans son service selon le planning annuel ou, à une séance de rattrapage en amphithéâtre.

Tout aménagement intérieur (modification de local, portes, revêtements, décoration et gros mobilier, etc...) doit faire l'objet d'une demande préalable auprès de la Direction des Travaux et des Services Techniques.

Tout stationnement est interdit sur les voies destinées aux véhicules des sapeurs-pompiers, au droit des poteaux d'incendie et des sorties de secours.

Les consignes de protection contre l'incendie doivent être respectées scrupuleusement, à savoir :

- la conduite à tenir en cas d'incendie ;
- les modalités d'évacuation notamment dans les locaux d'hospitalisation ;
- les conditions de stockage et de manipulation des produits dangereux et liquides inflammables ;
- la vacuité permanente des itinéraires d'évacuation, des dégagements et des portes issues de secours.
- l'accessibilité aux moyens de secours et d'extinction ;
- l'accessibilité aux dispositifs de commande des installations techniques ;
- l'usage d'appareils de cuisson ou de réchauffage est prohibé dans les locaux non appropriés.

1.3.3.4. Interdiction de fumer (3)

Il est interdit de fumer et de vapoter, dans l'ensemble des locaux ou des sites du CHU y compris les chambres d'hospitalisation ; une signalisation apparente rappelle cette interdiction.

Texte(s) de Référence
(1) Arrêté du 25 juin 1980 modifié relatif aux Etablissements Recevant du Public (dispositions générales).
(2) Arrêté du 10 décembre 2004 relatif aux Etablissements de type U (Etablissements de Soins- dispositions particulières Art U 47)
(3) Articles L 3511-7-1, R 3511-1 et suivants du CSP

1.3.4. La circulation et le stationnement automobiles

1.3.4.1. Nature de la voirie hospitalière

Les voies de circulation des sites hospitaliers appartiennent au domaine public du CHU-Hôpitaux de Rouen. Elles sont des voies "manifestement ouvertes à la circulation du public" au terme de la jurisprudence de la Cour de Cassation et, à ce titre, accessibles à tout usager.

1.3.4.2. Règles applicables

Conformément aux dispositions législatives, réglementaires et jurisprudentielles, le CHU - Hôpitaux de Rouen arrêtera des modalités quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles de régulation des accès aux sites hospitaliers.

Le Code de la Route est applicable sur tous les sites hospitaliers. La signalisation est adaptée au Code de la Route, en particulier à celle concernant l'interdiction de s'arrêter, l'interdiction de stationner, l'information d'enlèvement de véhicule en cas d'infraction. La police nationale et la police municipale sont chargées de faire respecter le Code de Route notamment en matière d'accès des véhicules d'incendie et de secours.

Les agents du CHU – Hôpitaux de Rouen sont chargés de faire respecter le Code de la Route sur les sites hospitaliers.

Sera particulièrement surveillé le respect du code de la route sur les voies classées par les Commissions de Sécurité Incendie comme "voies utilisables par les engins de secours " ainsi que les voies classées par arrêté préfectoral comme devant être dégagées au titre de "la nécessité absolue de dégagement de voies de secours".

Ces classements sont périodiquement actualisés après avis des Commissions de Sécurité Incendie.

Le CHU - Hôpitaux de Rouen se réserve le droit d'interdire temporairement ou définitivement l'accès à ses sites aux personnes qui ne respecteraient pas les dispositions prévues aux alinéas précédents, entraveraient gravement la circulation, mettraient en péril la sécurité des personnes et des biens, ou d'une manière générale, compromettraient le bon fonctionnement du service public hospitalier.

Le CHU - Hôpitaux de Rouen se réserve le droit de demander, aux frais du propriétaire, l'enlèvement de tout véhicule dont le stationnement, même régulier, serait sans lien avec le service public hospitalier. Cette demande interviendra dans les mêmes conditions que celles retenues par la Ville de Rouen en matière de stationnement prolongé. L'Etablissement en avisera le propriétaire autant que possible par tout moyen approprié.

L'accessibilité de tout usager aux sites hospitaliers dans le respect des dispositions des alinéas précédents n'ouvre en aucune manière droit à stationnement. Cette accessibilité n'engage en rien la responsabilité du CHU-Hôpitaux de Rouen en matière d'accident de la circulation, de vol ou de dégradation de véhicule.

Le CHU - Hôpitaux de Rouen arrête des zones de stationnement réservées à certaines catégories de personnels appréciées par le Directeur Général. Des places sont également réservées aux personnes handicapées.

L'ensemble des voies de circulation est classé en "zone 30" (voies de circulation sur lesquelles la vitesse est limitée à 30 km / heure) ; certaines voies seront classées en « zone10 » (Contournements Pédiatrie, Femme Mère Enfant, Service Urgence adultes). Le site de Charles Nicolle est classé en zone de rencontre.

En cas de déclenchement des plans d'alerte ou d'urgence (plan BLANC), la Direction du site assure l'organisation des accès en liaison avec l'ensemble des partenaires concernés par la mise en œuvre de ces plans.

1.4. AMELIORATION DE LA QUALITE

Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les établissements de santé définissent et mettent en œuvre une politique adéquate, évaluent leur activité et font l'objet, périodiquement d'une procédure externe d'évaluation dénommée certification.

1.4.1. Mise en œuvre de la politique qualité

Elle est un élément essentiel du projet d'établissement. La recherche de la qualité est globale et concerne tous les secteurs d'activité. Cette culture est partagée par toutes les catégories de professionnels et sa mise en œuvre constitue un élément de leur évaluation professionnelle. L'amélioration de la qualité est le résultat de démarches internes conduites par les professionnels. Elle repose sur l'existence d'un système reconnu de gestion de la qualité. Elle est obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus de travail, la réduction des dysfonctionnements et l'engagement des personnes. La Direction de la Qualité et de la prévention des risques, en lien étroit avec la CME et la Direction des Soins, recense les différentes démarches d'amélioration menées dans l'ensemble des services de l'institution, impulse les nouvelles démarches rendues obligatoires réglementairement ou nécessaires, sélectionne des thèmes prioritaires déterminés par les plans d'actions d'amélioration de la qualité résultant des auto-évaluations, visites de certification, des résultats de l'écoute client développée au sein de l'établissement, et des avis et propositions émis par la Commission des Usagers, suit l'avancée des actions et les fédère. Les décisions concernant la politique qualité sont prises par le Directeur Général après avis de la CME et concertation en Directoire.

1.4.2. Organisation de la démarche de certification

La procédure de certification constitue un temps fort de la démarche permanente de recherche de la qualité, avec comme objectif principal une meilleure prise en charge du patient. Cette procédure donne lieu à la visite d'experts de la Haute Autorité de Santé (HAS), instance consultative à caractère scientifique et indépendante (1). Elle s'inscrit dans un double courant international qui prône d'une part : une démarche professionnelle de promotion de l'amélioration continue de la qualité fondée sur un référentiel de métier et sur une évaluation externe par les pairs et, d'autre part, une démarche d'appréciation du niveau de qualité atteint dans un contexte de renforcement de l'obligation de rendre compte au public de la qualité des services rendus. S'appuyant entre autres sur l'évaluation des pratiques professionnelles (2) et à côté de l'éventuelle accréditation des médecins et des équipes soignantes de l'hôpital, la procédure de certification des établissements de santé concerne l'ensemble de leur fonctionnement et prend en compte les mesures prises pour assurer le respect des droits des malades et les résultats obtenus à cet égard (3). Le déroulement de cette procédure s'appuie en interne sur une organisation institutionnelle, reposant sur des équipes pluridisciplinaires qui se coordonnent de façon transversale et sur un groupe de pilotage et de suivi.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6113-3 et suivants ; articles L 1414-3-3 et 1414-4 du CSP
(2) Article L 6113-2 du CSP
(3) Article L 1110-7 du CSP

1.4.3. Conséquences de la non qualité

1.4.3.1. Gestion des réclamations et plaintes

Le patient, son représentant légal ou ses ayants droits peuvent faire part au Directeur de leurs observations et s'il y a lieu, de leurs réclamations ou plaintes. Ils sont mis en mesure d'exprimer leurs griefs de façon écrite ou orale. Le Directeur accuse réception des demandes et réclamations présentées par écrit, en donnant possibilité à toute personne ne pouvant s'exprimer qu'oralement de voir sa demande ou réclamation consignée par écrit avec délivrance d'une copie. Tenu de fournir les explications sollicitées et de répondre aux demandes formulées (1), il peut soit y procéder directement en informant l'utilisateur de la faculté de saisir le médiateur compétent de la Commission des Usagers (2) soit saisir lui-même le médiateur avec information de l'utilisateur. Le médiateur saisi rencontre l'utilisateur dans les huit jours et adresse le compte-rendu de cette rencontre dans les huit jours suivants au Président de la Commission en question ; ce dernier transmet sans délai le compte-rendu du médiateur aux membres et au plaignant. La Commission formule des recommandations pour régler le litige ou émet un avis de classement - Dans les huit jours suivant la séance, le Directeur répond au plaignant en y joignant l'avis de la Commission. Un fichier synthétique des réclamations et plaintes est constitué au niveau de la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques ; ce fichier est communiqué à la Commission susvisée. Si le patient ou ses ayants droits estiment dommageable à leur égard la prise en charge par l'hôpital, ils peuvent saisir d'une demande d'indemnisation soit le Directeur, soit la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (3), soit directement la juridiction compétente. Le Directeur, saisi d'une réclamation ou plainte, est tenu en toute hypothèse de faire connaître les voies de recours ouvertes. La saisine de la CDU ne constitue pas un préalable obligatoire à une démarche auprès de la Commission de Conciliation et d'Indemnisation ou à une requête devant les Tribunaux.

Texte(s) de Référence
(1) Charte de la personne hospitalisée
(2) Articles L 1112-3 R 1112-79 et suivants du CSP, Annexe 3
(3) cf 1.4.3.2 du RI

1.4.3.2. Etude des dommages sanitaires par la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Toute personne ou le cas échéant son représentant légal s'estimant victime d'un dommage résultant d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale, et le ou les ayants-droits de la victime décédée, peuvent saisir le Tribunal Administratif d'une demande d'indemnisation pour faute imputable à l'établissement de santé ou pour infection nosocomiale sans cause étrangère à l'établissement (1) ; cette démarche peut intervenir après rejet d'une demande d'indemnisation auprès de la Direction du CHU – Hôpitaux de Rouen ou échec d'une tentative de transaction à ce sujet. Dans le même objectif,

directement ou parallèlement, que le dommage résulte ou non de la faute d'un professionnel, les mêmes personnes peuvent saisir la Commission de Conciliation et d'Indemnisation (2), qui a été créée pour faciliter à titre principal le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales. La CCI compétente pour les demandes d'indemnisation concernant le CHU – Hôpitaux de Rouen a son secrétariat implanté à Bagnolet (Seine-Saint-Denis). Elle doit être saisie directement avec, parmi les pièces à joindre à la demande établie sur un formulaire type, un certificat médical décrivant le dommage subi. Cette procédure peut, après expertise médicale et avis de la CCI, conduire à une indemnisation accélérée par l'assureur ou à une indemnisation par l'Office National d'Indemnisation au titre de la solidarité nationale, sous réserve - dans le 2^{ème} cas - que le dommage soit directement imputable à une activité soignante ayant eu des conséquences anormales et qu'il présente un degré minimum de gravité défini suivant les modalités réglementairement arrêtées (4). L'objectif de cette procédure – gratuite et ne nécessitant pas l'intervention d'un avocat – est de permettre un versement accéléré des indemnités dues aux victimes. A défaut de transaction avec l'assureur, la saisine du Tribunal Administratif redevient la voie de recours en cas de difficultés dans le règlement amiable d'un dommage pour faute et en cas de dommage sans faute d'un degré de gravité inférieur au minimum requis réglementairement. A noter qu'au titre de sa mission de conciliation, la CCI est aussi chargée de faciliter le règlement amiable de tous autres litiges entre usagers et professionnels ou établissements de santé ; dans ce cadre elle peut être saisie par toute personne de contestations relatives au respect des droits des malades et des usagers du système de santé ; en accord avec l'intéressée, le Président de la CCI peut se dessaisir de la demande et la transmettre à la Commission des Usagers ou une instance professionnelle (par exemple Conseil de l'Ordre des Médecins) si cela est de nature à favoriser la solution du litige.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1142-1 du CSP
(2) Articles L 1142-2 à 1142-24 du CSP
(3) Articles R 1142-5 et suivants du CSP ; R 1142-42 et suivants du CSP
(4) Articles L 1142-4 et L 1142-5 du CSP ; R 1142-21 du CSP

2. CONSULTATION ET HOSPITALISATION

2.1. PRINCIPES REGISSANT L'ACCES AUX SOINS

2.1.1. Droit à la prévention et aux soins (1)

Toute personne dispose d'un droit fondamental à la protection de sa santé, au traitement de la douleur ainsi qu'à des soins palliatifs et un accompagnement en fin de vie, sans aucune discrimination. Toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions requises, le droit de recevoir sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté. Ces actes ne doivent pas aussi être réalisés par une obstination déraisonnable. Lorsqu'ils apparaissent inutiles, disproportionnés ou n'ayant d'autre effet que le seul maintien artificiel de la vie, ils peuvent être suspendus ou ne pas être entrepris par le médecin dans les conditions réglementairement prévues, qui sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa vie en dispensant les soins palliatifs (2).

2.1.2. Libre choix du malade (3)

Le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Ce libre choix, à exercer par le malade lui-même, doit toutefois se concilier avec les règles de fonctionnement de l'hôpital telle que l'organisation des soins ; il ne permet pas en outre au malade de s'opposer à ce qu'un professionnel de santé procède à un acte pour des motifs tirés de la religion, connue ou supposée de ce dernier (4). Ce droit s'exerce au sein de la spécialité médicale dont il relève, dans les limites imposées par les situations d'urgence et par les disponibilités en lits de l'hôpital. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences sur les conditions de la prise en charge financière par la Sécurité Sociale (5). Pour les patients hospitalisés en psychiatrie, ce droit s'exerce également dans le respect du principe de sectorisation (6).

2.1.3. Accueil des malades (7) – Accès aux soins des personnes démunies (8)

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir en permanence et sans discrimination, en consultation comme en hospitalisation, tous les malades dont l'état exige des soins hospitaliers préventifs, curatifs ou palliatifs. Son accès est adapté aux personnes qui souffrent d'un handicap, que celui-ci soit physique, mental ou sensoriel. Le personnel de l'hôpital est formé à l'accueil des malades et de leurs accompagnants. Il donne aux malades et à leurs accompagnants, si nécessaire avec l'aide du service social et d'interprètes, tous les renseignements utiles leur permettant de faire valoir leurs droits. Le CHU – Hôpitaux de Rouen a mis en place par ailleurs une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) adaptée aux personnes en situation de précarité (9).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1110-1, L 1110-3, L 1110-5 , L 1110-9 du CSP
(2) cf. 3.2.2.1 et 3.2.2.2 du RI
(3) Articles L 1110-8 et R 1112-17 du CSP
(4) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2.02.2005 relative à la laïcité
(5) Circulaire DSS/SDAS/2B n° 97-739 du 21.11.1997
(6) Article L 3211-1 du CSP
(7) Articles L 6112-2 et R 1112-40 du CSP
(8) Article L 6112-6 du CSP
(9) Circulaire DGOS 18 juin 2013 – Art. L6111-1-1 du CSP

2.2. CONSULTATIONS ET SOINS EXTERNES

Les consultations et soins externes s'adressent aux malades dont l'état ne justifie pas une hospitalisation. Des mesures d'organisation sont mises en œuvre pour un fonctionnement satisfaisant de ces consultations, en s'assurant de l'attention apportée à l'accueil des consultants, tout particulièrement sur le plan des rendez-vous et des délais d'attente.

2.3. ADMISSION EN HOSPITALISATION

2.3.1. Décision d'admission (1)

Quel que soit le mode d'admission du malade, celle-ci est prononcée par le Directeur Général, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital. L'admission peut être aussi prononcée par le Directeur de l'Agence Régionale de Santé en cas de refus de l'établissement de recevoir un malade remplissant les conditions alors qu'un lit est disponible à cet effet.

2.3.2. Formalités d'admission requises

2.3.2.1. Formalités administratives

Sous réserve de certaines dispositions (2), l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du malade et aux conditions de prise en charge de son hospitalisation. A cet effet, le malade ou, le cas échéant, son représentant doit présenter à l'Espace Accueil Clientèle sa carte Vitale, une pièce d'identité (comportant une photographie) et le cas échéant un document attestant la prise en charge du ticket modérateur par un organisme tiers payant. Il peut lui être demandé de justifier son adresse par tout document.

Les bénéficiaires des différents régimes de sécurité sociale doivent, lors de leur admission, fournir tous documents nécessaires à l'obtention par l'établissement de la prise en charge des frais d'hospitalisation par l'organisme de sécurité sociale dont ils relèvent. Si le patient ne peut pas présenter sa carte Vitale ou un document attestant de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée à l'organisme d'assurance maladie dont il relève. S'il n'est pas assuré social, il est tenu de signer un engagement de payer l'intégralité des frais d'hospitalisation hors les cas d'urgence.

Les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'Etat (AME) sont munis d'une carte Vitale et/ou d'une attestation papier avec photographie d'ouverture de droit à l'Aide Médicale Etat et en cours

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

32/213

de validité ou, à défaut, de tous documents nécessaires à la prise en charge de tout ou partie de leurs frais d'hospitalisation.

Les bénéficiaires de l'article L.115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration de l'établissement pendant la durée de leur hospitalisation.

2.3.2.2. Dépôts et restitution de bien et de valeurs

Lors de son admission, l'hospitalisé est invité à effectuer auprès de l'administration de l'établissement le dépôt des sommes d'argent et des objets de valeur qui sont en sa possession.

Les dépôts volontaires d'argent, de bijoux et/ou d'objets de valeur des hospitalisés sont remis, après inventaire effectué dans le service de soins par le personnel soignant, à un régisseur de dépôt de l'établissement. Au-delà de 15 jours de garde, ces dépôts sont transmis à la Trésorerie de l'Etablissement.

En cas de décès, les dépôts sont transmis le jour même ou le lendemain au plus tard à la Trésorerie de l'Etablissement. Elle devient alors le seul interlocuteur.

Si le malade ou blessé est inconscient, un inventaire contradictoire des sommes d'argent et de tous les objets et vêtements dont le malade ou blessé est porteur est aussitôt dressé et signé par le représentant de l'établissement et l'accompagnant. Le dépôt est effectué par le représentant de l'établissement.

L'établissement ne peut être tenu responsable de la perte ou de la disparition d'objets non régulièrement déposés selon la procédure ci-dessus que dans le cas où une faute est établie à son encontre ou à l'encontre d'une personne dont il doit répondre.

La responsabilité de l'établissement n'est pas non plus engagée lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ni lorsque le dommage a été rendu nécessaire pour l'exécution d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Les sommes d'argent ou objets de valeur sont restitués au malade soit par le Régisseur de l'établissement, soit par la Trésorerie Principale, sur présentation du reçu délivré lors du dépôt et d'une pièce d'identité. Un certificat d'hérédité ou tout document justifiant de la qualité d'héritier, est également demandé en cas de décès et les restitutions ne pourront être effectuées dans ce cas que par la Trésorerie. En cas de décès le dépôt est transféré à la Trésorerie (rappel supra), elle est seule alors habilitée à remettre le dépôt de sommes d'argent ou objets de valeurs sous les conditions précitées.

Le malade peut se faire représenter par un mandataire muni du reçu, d'une pièce d'identité ainsi que d'une procuration sous seing privé. Dans ce cas précis, le dépôt ne peut être rendu que par le Trésorier.

2.3.3. Information de la famille – Personne à prévenir – Secret de l'admission (3)

Dès l'admission, le service de soins propose au patient de désigner une personne à prévenir en tant que de besoin.

Toutes mesures utiles doivent être prises pour que la famille des malades ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par le cadre soignant ou l'infirmier(e) responsable du malade, dans le respect de la discrétion demandée éventuellement par le malade.

Le malade, y compris un mineur se déclarant opposé à la consultation de ses père et mère ou représentant légal et confirmant cette opposition, peut demander le bénéfice du secret de l'hospitalisation. Dans ce cas, le dossier d'admission est constitué normalement, avec une mention relative à l'admission sous secret qui doit être signalée aux services concernés (service d'hospitalisation, accueil, standard...) de façon à ce qu'aucune indication ne soit donnée sur la présence de l'intéressé au sein du site. Cette disposition ne fait toutefois pas obstacle à l'obligation de signalement dans les cas prévus par la réglementation (4).

Nota Bene :

L'anonymat est l'état d'une personne, dont on ignore le nom, l'identité.

La confidentialité correspond au caractère privé et secret d'une information.

La législation ne prévoit que deux situations d'anonymat dans le cadre de l'hospitalisation :

- Accouchement sous le secret (5).
- Toxicomanes en cas d'admission volontaire (6).

Il n'est donc pas prévu juridiquement de pouvoir prononcer une hospitalisation sous couvert d'anonymat dans d'autres situations. Cependant, les hospitalisés peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence dans l'établissement ou sur leur état de santé (7), à l'exception toutefois des mineurs soumis à l'autorité parentale et sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5 (8).

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-11 et 12 du CSP
(2) cf. 2.7.2 et 2.8.4 du RI
(3) Articles R 1112-4 et 1112-5, R 1111-6 du CSP
(4) cf 2.8.2 (militaire en urgence) par exemple du RI
(5) Article R 1112-28 du CSP ; Article L 222-6 du Code de l'action sociale et des familles
(6) Articles L 3414-1, R 1112-38 du CSP
(7) Article R 1112-45 du CSP
(8) Cf 2.6.3 du RI

2.3.4. Personne de confiance (1)

Lors de l'admission, il est proposé à chaque malade majeur de désigner par écrit une « personne de confiance ». Cette désignation est co-signée par la personne désignée. Elle est facultative et figure au dossier médical. Cette personne – qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant – a vocation à être consultée si le malade devenait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cet effet. Si ce dernier le souhaite, elle peut aussi l'accompagner dans ses démarches, assister aux entretiens médicaux et l'aider dans ses décisions. Son rôle est renforcé pour les malades en fin de vie (2) : lorsque le malade dans cette situation est hors d'état d'exprimer sa volonté et sauf urgence ou impossibilité, l'avis de la « personne de confiance » qu'il a désignée prévaut sur tout autre avis non médical, à l'exclusion des directives anticipées (3), dans les décisions d'investigation, d'intervention ou de traitement prises par le médecin. La personne de confiance ne dispose pas d'un droit d'accès au dossier médical du patient.

Cette désignation est révisable et révocable à tout moment. La personne de confiance ne se confond pas nécessairement avec la « personne à prévenir » en cas d'aggravation de l'état de santé (ou décès), sauf désignation d'une même personne par le patient.

2.3.5. Livret d'accueil (4)

Il est remis à tout malade admis en hospitalisation un livret d'accueil spécifique à chacun des sites du CHU-Hôpitaux de Rouen qui contient tous les renseignements utiles sur les formalités administratives d'admission et de sortie, les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. Les dispositions de la Charte de la personne hospitalisée sont insérées dans ce livret ainsi qu'un formulaire permettant au malade de consigner librement ses observations, critiques et suggestions et pouvant être déposé à sa sortie. Ce livret contient la liste nominative des membres de la Commission des Usagers, accompagnée d'une information sur les modalités d'expression et de traitement des doléances (6). Ce livret d'accueil mentionne l'existence du présent règlement intérieur et le fait qu'il est tenu à la disposition de toute personne qui en fait la demande.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-6 du CSP
(2) Article L 1111-12 du CSP
(3) cf 3.1.5.1 du RI
(4) Articles L 1112-2 et R 1112-41 du CSP
(5) Article R 1112-84 du CSP (Décret n° 2005-213 du 2 mars 2005) ; cf 1.4.3 du RI

2.3.6. Modes d'admission

2.3.6.1. Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation (1)

L'admission est décidée, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité de l'hospitalisation, accompagné d'une lettre cachetée du médecin à l'adresse du médecin du service hospitalier donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

2.3.6.2. Admission programmée

Dans ce cas, une convocation est remise ou adressée au malade, après avis du chef de service. Le malade est invité à se rendre à l'Espace Accueil Clientèle du site où lui est remis un document précisant les conditions de sa prise en charge et les pièces à présenter le jour de son admission.

2.3.6.3. Admission directe dans un service

Lorsque son état clinique le justifie, le malade est dirigé sans délai vers un service en mesure de le prendre en charge. Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement du dossier administratif, non fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

2.3.6.4. Admission à la suite d'un transfert (2)

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'établissement constate que l'état d'un malade ou blessé requiert des soins urgents relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée dans l'établissement ou nécessitant des moyens dont l'établissement ne dispose pas, ou encore lorsque son admission présente, du fait du manque de place, un risque certain pour le fonctionnement du service hospitalier, le Directeur Général doit provoquer les premiers secours et prendre toutes les mesures nécessaires pour que le malade ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

En particulier, si tous les incubateurs de l'établissement sont occupés, toutes dispositions sont prises pour le transport d'urgence d'un prématuré dans l'établissement le plus proche disposant d'incubateurs.

Sauf cas d'urgence, le malade doit être informé préalablement de son transfert, provisoire ou définitif, qui ne peut être effectué sans son consentement. L'admission dans ce nouvel établissement est décidée, sauf cas d'urgence, par son Directeur après entente entre les médecins concernés et au vu d'un certificat médical adéquat.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L1112-1 et R 1112-11 du CSP
(2) Article R 1112-14 du CSP

2.3.7. Hospitalisation sans consentement en psychiatrie (1)

En psychiatrie, il existe deux exceptions à la règle de l'hospitalisation libre :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers (famille ou tiers intéressé) dans l'intérêt du patient,
- l'hospitalisation prononcée par arrêté préfectoral ou municipal suivant le cas, pour des personnes dont les troubles mentaux compromettent la sécurité des personnes ou portent atteinte à l'ordre public.

Ces hospitalisations sans consentement donnent lieu à une décision d'admission dans les conditions fixées par les textes en vigueur.

2.3.8. Structures alternatives à l'hospitalisation à temps complet (2)

L'admission peut avoir lieu dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation à temps complet. Ces structures alternatives comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel (de jour ou de nuit), les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire ainsi que les structures permettant l'hospitalisation à domicile. Elles ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Y sont dispensées les prestations qui ne peuvent être délivrées lors de consultations ou de visites médicales à domicile.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 3212-1 et suivants du CSP ; L 3213-1 et suivants du CSP
(2) Articles L 6121-2 et 6122.3 du CSP ; R 6121-2 et suivants du CSP ; D 6124-301 et suivants du CSP

2.4. ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS AU SEIN DE L'HOPITAL

2.4.1. Organisation de l'activité libérale

Les médecins hospitaliers exerçant à temps plein, qui en font la demande, peuvent être autorisés dans certaines limites et conditions à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale sous forme de consultations, de soins en hospitalisation ou d'actes médico-techniques. Cette activité s'effectue dans le cadre d'un contrat conclu entre le praticien et le CHU, soumis à un réexamen périodique. La commission de l'activité libérale (2) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires ainsi que des stipulations des contrats des médecins.

2.4.2. Exercice de l'activité libérale

La prise en charge médicale peut s'effectuer au titre de cette activité dans les services où elle s'exerce, sous réserve d'un choix exprès et spontané du patient et d'un accord du médecin concerné. (3)

Le malade doit recevoir préalablement toutes indications utiles sur les règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment sur la tarification et les conditions de participation financière des organismes d'assurance maladie. Les jours, heures d'ouverture et le montant des honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques. Lorsque le malade opte pour cette prise en charge en hospitalisation, une demande d'admission à ce titre est signée, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

En principe, lorsqu'il a été pris initialement en charge dans le cadre de l'activité libérale, le patient ne peut être réadmis au cours du même séjour dans le secteur public ; il en va de même dans le sens inverse ; toutefois le Directeur peut autoriser un tel transfert à titre exceptionnel sur demande motivée du malade ou de ses ayants droit. (4)

Les tarifs des prestations non liées à l'activité libérale sont ceux du secteur public, mais le malade doit verser en sus des honoraires dont le montant est fixé par entente directe avec le médecin. Suivant son choix, le praticien perçoit ces honoraires directement ou bien par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne peut être réservé à l'exercice de l'activité libérale ; aucun acte médical concernant directement ou indirectement un prélèvement ou une greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli à ce titre.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6154-1 et suivants du CSP ; R 6154-2 et suivants du CSP
(2) cf. 1.1.5 du RI
(3) Articles R 1112-21 et 22 du CSP
(4) Article R 1112-23 du CSP

2.5. ACCUEIL EN URGENCE

2.5.1. Organisation de la prise en charge en urgence (1)

Le Directeur prend toutes mesures, sans préjudice des dispositions relatives au transfert (2), pour que les soins urgents soient assurés au sein du site, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Le Directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état-civil et de tout renseignement sur les conditions de remboursement des frais de séjour en la réalisant provisoirement sous X si les circonstances l'imposent.

Le médecin des Urgences détermine le service de spécialité le plus adapté pour prendre en charge la pathologie du patient et établit la prise en charge diagnostique et thérapeutique pour les premières 24 heures. En l'absence de lit dans le service de la spécialité correspondant à la pathologie du patient, l'hospitalisation du patient est temporairement assurée au sein des autres services relevant du même pôle, ou à défaut dans un autre service ne relevant pas du même pôle.

En semaine aux heures ouvrables, le médecin des Urgences contacte le chef de service ou son représentant de la spécialité concernée pour lui indiquer le patient à prendre en charge et le lieu de son hospitalisation. De nuit, le week-end et les jours fériés, le médecin de garde des Urgences contacte le sénior de garde ou d'astreinte ou son représentant (interne) de la spécialité pour la prise en charge du patient. Pour les services sans garde ni astreinte (Médecine Gériatrie Aiguë, Maladies Infectieuses, Soins Palliatifs et Dermatologie), la continuité des soins est assurée comme pour les autres patients par les seniors de garde des Urgences qui prennent la responsabilité de l'hospitalisation dans ce service.

Le médecin des urgences qui oriente le patient doit tracer cette orientation dans le dossier du patient (nom du patient, nom du service « hébergeur », spécialité identifiée qui doit aussi être informée), compléter une fiche d'orientation pour le service d'accueil qui sera conservée dans le dossier patient, et établir la prescription des examens et des traitements pour le service d'accueil (fiche de prescription signée et datée).

Le patient est sous la responsabilité du chef de service d'hébergement et de son équipe paramédicale (les soins paramédicaux seront assurés avec le concours du service de la spécialité en cas de besoin). Le chef de service, ou son représentant, doit s'assurer de l'état du patient et du suivi des prescriptions. Il assure la coordination avec le responsable de la discipline dont relève la pathologie principale du patient qui s'engage à se rendre auprès du patient et apporter son expertise dans le suivi en cours d'hospitalisation, et à reprendre le patient dans son propre service dans les meilleurs délais.

En cas de sortie directe, les prescriptions seront assurées par le service d'accueil sous la conduite de l'équipe médicale de la discipline concernée.

Lorsqu'un malade refuse de quitter l'hôpital après avoir reçu des soins sans que son état justifie une admission en service d'hospitalisation, il peut être, sur certificat médical, reconduit à la sortie du site ou adressé à un organisme à caractère social.

Si l'admission est décidée et que le malade refuse de rester, il s'agit d'un refus de soins à constater suivant les modalités définies. (3)

2.5.2. Cas des malades amenés par la police en urgence

Dans le cadre d'une procédure pénale, l'hôpital est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur une réquisition établie en forme légale, comme il est tenu de remettre aux autorités tout objet ou vêtement précisé sur cette réquisition.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-13 et 14 du CSP
(2) cf 2.3.6 du RI
(3) cf 3.2.2 du RI

2.5.3. Intervention des personnels à proximité immédiate du site hospitalier (1)

En cas d'urgence ou d'accident signalé à proximité immédiate d'un site hospitalier, les personnels du site, quel que soit leur grade ou leur fonction, sont tenus de porter secours aux malades ou aux blessés en péril sur la voie en mettant en œuvre les mesures adéquates.

2.5.4. Plan d'accueil des malades ou blessés en urgence

Principes généraux du PLAN BLANC (2)

Sous la responsabilité du Directeur, le déclenchement d'un Plan Blanc est un acte réglementaire qui permet de rappeler ou de maintenir des personnels en dehors des horaires habituels de travail, de reporter des activités programmées, d'anticiper des sorties etc...

Plusieurs principes, déclinés dans le « Plan Blanc CHU-Hôpitaux de Rouen », sont alors mis en œuvre

- Modalités de déclenchement du Plan
- Mise en place d'une cellule de crise
- Organisation de la circulation dans et autour du CHU
- Procédure de rappel des personnels
- Organisation de l'ensemble des services (de soins ou non)
- Accueil des familles, des autorités, des médias
- Interface avec le SAMU et les services de l'Etat

En outre, il assure la coordination, la répartition et le renforcement des moyens disponibles. Une Cellule d'urgence médico-psychologique, rattachée au SAMU qui déclenche son intervention, prend en charge les conséquences psychologiques des traumatismes liés aux sinistres impliquant de nombreuses victimes.

Texte(s) de Référence
(1) Circulaire n° 335 du 31/03/1988
(2) Articles L 3131-7 et suivants du CSP ; circulaire DHOS/HFD N°2002/284 du 3 mai 2002 relative à l'organisation du système hospitalier en cas d'afflux de victimes ; circulaire 2006/401 du 14 septembre 2006 relative à l'élaboration des plans blancs des établissements de santé et des plans blancs élargis

2.5.5. Information sur les malades hospitalisés en urgence (1)

Quel qu'ait été le mode d'arrivée du malade, les agents du service des urgences engagent immédiatement, sous la responsabilité du Directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles ou proches du patient, en tenant compte de sa liberté de demander le secret de l'hospitalisation (2).

En cas de transfert dans un autre établissement ou d'aggravation de l'état de santé du patient, comme en cas de décès (3), l'information des familles s'impose à tous les personnels.

Lorsque le malade a été amené par les autorités de police, celles-ci sont tenues informées de son admission, ainsi que la famille ou les proches, sauf avis contraire de ces autorités.

Les autorités sanitaires doivent être informées lorsqu'une personne alcoolique présumée dangereuse refuse son hospitalisation.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-15 du CSP
(2) cf. 2.3.3 du RI
(3) cf. 6.2.1 et 6.2.2 du RI

2.6. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX MALADES MINEURS

2.6.1. Garde et protection des mineurs

Lorsqu'un mineur lui a été confié pour des examens médicaux ou des soins, l'hôpital se trouve investi du droit de garde de l'enfant incluant un devoir de surveillance adapté ; il lui incombe de prendre en charge l'ensemble des besoins de l'enfant et de provoquer les mesures appropriées qui s'imposeraient pour sa protection.

2.6.2. Consultations pour mineurs

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée, s'il est déjà suivi ou si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

2.6.3. Admission des malades mineurs (1)

Les services spécialisés en pédiatrie sont habilités à recevoir uniquement des enfants d'un âge n'excédant pas 16 ans. Inversement, les mineurs âgés de moins de 16 ans ne peuvent être admis dans les services d'adultes, s'il existe un service d'enfants susceptible de les accueillir. Des dérogations à ces règles peuvent être toutefois exceptionnellement autorisées par le Directeur, après avis des chefs de service concernés. En dehors du cas d'urgence, l'admission ne peut être prononcée en principe sans l'autorisation des père et mère, du tuteur ou de l'autorité judiciaire exerçant le droit de garde et le dossier d'admission doit comporter l'indication précise de la personne investie de l'autorité parentale et exerçant ce droit. Ces règles ne s'appliquent toutefois pas dans deux hypothèses :

- lorsque, alors qu'un traitement ou une intervention s'impose pour sauvegarder sa santé, le mineur s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale pour conserver le secret sur son état de santé, confirme cette opposition et est accompagné d'une personne majeure de son choix (2).
- lorsqu'une mineure adopte la même démarche dans le cadre d'une demande d'IVG (3).

Lorsque le mineur a été placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier par l'autorité judiciaire au titre de l'assistance éducative ou des textes sur l'enfance délinquante, son admission à l'hôpital est prononcée à la demande du directeur de cet établissement ou du gardien. Lorsqu'un mineur relève du Service de l'Aide Sociale à l'Enfance, son admission est prononcée à la demande de ce service (sauf si le mineur lui a été confié par ses père, mère ou tuteur, joignables en temps utile). (4)

Texte(s) de Référence
(1) Circulaire n° 83-24 du 1er août 1983 et circulaire n° 688 du 23 novembre 1998 (hospitalisation des enfants)
(2) Article L 1111-5 du CSP
(3) cf 2.7.3 du RI
(4) Article R 1112-34 du CSP

2.6.4. Mineurs reçus en urgence

En dehors des deux hypothèses évoquées dans la rubrique précédente, toutes mesures utiles sont prises par l'hôpital pour qu'un membre de la famille ou la personne exerçant l'autorité parentale soit informée dans les meilleurs délais de l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence. Sous réserve des dérogations précédemment mentionnées, si un malade d'un âge supérieur à 16 ans se présente en urgence dans un hôpital pédiatrique, les premiers soins lui sont donnés puis le patient est dirigé, s'il est transportable, vers un services d'adultes en mesure de le prendre en charge ; inversement, le mineur reçu en urgence dans un hôpital sans service pédiatrique reçoit les premiers soins nécessaires et est ensuite dirigé sur un hôpital ou service d'enfants s'il est transportable. Si l'hospitalisation d'un mineur reçu en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est donc pas prononcée, le départ du mineur s'effectue suivant les dispositions définies par le présent Règlement Intérieur(1).

2.6.5. Accompagnement des enfants en hospitalisation

Lorsqu'une hospitalisation est décidée, l'Administration organise, avec les médecins chefs de service concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur séjour. Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant peuvent demeurer auprès de lui aussi longtemps qu'ils le souhaitent, y compris la nuit, à condition de ne pas contrarier la dispensation des soins, de ne pas exposer l'enfant à une maladie contagieuse et de ne pas troubler le repos des autres malades. Ils peuvent assister aux soins médicaux et infirmiers, si leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution de ces soins. S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents ont la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié ; à cet effet et lorsque son état le permet, ils peuvent communiquer avec lui par téléphone.

Texte(s) de Référence
(1) cf 5.1.3 du RI et Charte européenne de l'enfant hospitalisé

2.7. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX FEMMES ENCEINTES

2.7.1. Admission en maternité (1)

Si des lits sont disponibles dans le service de maternité et dans le cadre de la protection de la femme et de l'enfant, le Directeur ne peut refuser la demande d'admission :

- d'une femme enceinte, dans le mois qui précède la date présumée de l'accouchement ;
- d'une femme accouchée et de son enfant, dans le mois qui suit l'accouchement.

En l'absence de lit disponible au sein du site, le Directeur organise cette admission dans un autre établissement assurant le service public hospitalier et pourvu des services médicalement adaptés au cas de l'intéressée.

2.7.2. Secret de la grossesse ou de la naissance - Accès aux origines personnelles

Si, pour ne pas dévoiler sa grossesse ou la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. L'Agence Régionale de Santé est informée (2). Toutefois, la femme concernée, informée de la possibilité de lever le secret à tout moment, est invitée à laisser - si elle l'accepte - dès la naissance ou plus tard, à tout moment, des renseignements d'ordre général ainsi que, sous pli fermé, son identité dans la perspective d'une communication ultérieure qui serait soumise à son consentement. Ces formalités sont accomplies par les services du Conseil Départemental avisés sous la responsabilité du Directeur ou, à défaut, par l'administration hospitalière elle-même (3).

Lorsque la demande d'anonymat émane d'une femme mineure, le Directeur, en liaison avec le service social, signale la situation au Parquet qui apprécie la nécessité ou non de saisir le juge des enfants en vue d'une mesure d'assistance éducative pouvant concerner la femme et/ou l'enfant.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-27 du CSP
(2) Article R 1112-28 du CSP
(3) Article L 222-6 du Code de l'Action sociale et des Familles

2.7.3. Admission des femmes pour une Interruption de Grossesse

Des interruptions volontaires de grossesse (IVG) (1) sont pratiquées conformément aux dispositions légales et réglementaires avant la fin de la douzième semaine de grossesse.

Pour une femme mineure non émancipée qui désire garder le secret, le médecin doit s'efforcer d'obtenir son consentement pour que le ou les titulaires de l'autorité parentale ou le représentant légal soient consultés. Tout médecin intervenant doit vérifier que cette démarche a été réalisée. Si la mineure s'oppose à cette consultation ou si le consentement n'est pas obtenu, l'IVG ainsi que les actes médicaux et soins liés peuvent être pratiqués à sa demande sous réserve qu'elle soit accompagnée par une personne majeure de son choix. Un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une IVG mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et lui communiquer immédiatement le nom de praticiens susceptibles de réaliser cette intervention dans les conditions réglementaires. Cette information doit aussi être donnée en cas de manque de place sur le site, en orientant sur les autres structures situées à Rouen en priorité. L'IVG est autorisée par la loi pour les femmes étrangères dans les mêmes conditions que pour les femmes de nationalité française, sans condition spécifique de durée et de régularité du séjour en France (2). Toute personne qui empêche ou tente d'empêcher une IVG ou les actes ou soins préalables, de quelque manière que ce soit, se rend coupable d'un délit pénalement sanctionnable. Lorsque cette infraction est commise, le Directeur est tenu de porter plainte contre son ou ses auteurs pour délit d'entrave à l'interruption légale de grossesse. (3)

Une interruption de grossesse peut être pratiquée, à toute période, pour motif médical dans les conditions légales et réglementaires. (4)

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 2212-1 et suivants, L 2213-1 et 2, L 2223-2, R 2212-1 et suivants du CSP ; article L 132-1 du Code de la sécurité sociale ; Circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28/09/2001
(2) Circulaire DGS/DHOS n° 2001/467 du 28/09/2001 (paragraphe 1.1.5)
(3) Article L 2223-2 du CSP
(4) Article L 2213-1 et suivants ; R 2213 et suivants du CSP

2.8. DISPOSITIONS PARTICULIERES A D'AUTRES PATIENTS

Des informations sur les conditions administratives et financières d'admission à l'hôpital peuvent être demandées à l'Espace Accueil Clientèle du site pour les patients suivants :

2.8.1. Malades étrangers (1)

Les étrangers sont admis dans l'Etablissement dans les mêmes conditions que les ressortissants français.

Néanmoins, le CHU de Rouen peut demander une provision préalablement à l'admission d'un patient étranger non ressortissant de l'Union Européenne, en l'absence de prise en charge certaine de ses frais d'hospitalisation.

Les étrangers ressortissants d'un Etat membre de l'Union Européenne bénéficient des mêmes droits que les assurés sociaux français.

2.8.2. Militaires et victimes de guerre (2)

Les militaires, y compris les mineurs non émancipés, sont, hors les cas d'urgence, admis dans l'établissement sur la demande de l'autorité militaire.

A noter que l'admission de militaires en urgence dans un hôpital civil est signalée aux autorités militaires.

2.8.3. Patients gardés à vue et personnes détenues (3)

Les personnes détenues, malades ou blessées qui ne peuvent être transférées dans un établissement pénitentiaire approprié ou spécialisé en raison de leur état de santé ou, si elles sont prévenues, qui ne peuvent être éloignées des juridictions devant lesquelles elles ont à comparaître sont, sur autorisation du Ministre de la Justice et à la diligence du Préfet, admises soit dans le service spécialement aménagé dans l'établissement, soit dans une chambre ou un local où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police ou de gendarmerie peut être assurée sans entraîner de gêne pour l'exécution du service hospitalier ou pour les autres malades.

En cas d'urgence, il peut être procédé à l'hospitalisation avant réception de l'autorisation ministérielle et/ou préfectorale.

Les personnes détenues sont hospitalisées en régime commun. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, prise en application de l'article D.382 du code de procédure pénale, elles peuvent être traitées, à leurs frais, en régime particulier, dans le cadre de l'activité libérale des praticiens, si la surveillance prévue à l'article ci-dessus ne gêne pas les autres malades.

Si une personne détenue se livre à une grève de la faim prolongée, il peut être procédé à son alimentation, mais seulement sur décision et sous surveillance médicale et lorsque ses jours sont en danger.

Les agents de l'Administration Pénitentiaire et les forces de police sont invités à respecter le repos des malades et à veiller à exercer leur mission avec discrétion et tact, en tenant compte notamment du travail des personnels hospitaliers.

L'Administration Pénitentiaire doit être avisée de toute nouvelle affectation des personnes détenues hospitalisées, qu'il s'agisse d'une mutation au sein du CHU – Hôpitaux de Rouen, ou d'une évacuation sur un autre établissement.

Tout incident grave est signalé aux autorités compétentes dans les conditions prévues par l'article D.280 du code de procédure pénale.

Les mesures de surveillance et de garde incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire ou de police.

2.8.4. Toxicomanes (cure de désintoxication) (4)

Les toxicomanes qui se présentent spontanément dans l'établissement afin d'y être traités peuvent, s'ils le demandent expressément, bénéficier de l'anonymat au moment de l'admission. Cet anonymat ne peut être levé que pour des causes autres que la répression de l'usage illicite de stupéfiants. Ces personnes peuvent demander aux médecins qui les ont traitées un certificat nominatif mentionnant les dates, la durée et l'objet du traitement.

L'admission et le départ des personnes auxquelles l'autorité judiciaire ou l'autorité sanitaire ont enjoint de se soumettre à une cure de désintoxication ont lieu dans les conditions prévues par les articles L 3413 - 1 à L 3413 - 3 du Code de la Santé Publique.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 6112-2 ; article R 6145-4 du CSP
(2) Articles L 6145-13 ; R 1112-29 du CSP ; article L 115 du Code des pensions militaires
(3) Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 ; Articles R 6112-15, R 1112-30 et 31 ; Articles D 365 et D 391 et suivants du Code de Procédure Pénale ; cf. 4.1.10
(4) Articles L 3411-1, L 3412-1 et suivants ; L 3413-1 et suivants ; L 3423-1 ; R 1112-38 et 39 du CSP

3. INFORMATION ET SOINS

3.1. INFORMATION DES MALADES

3.1.1. Droit à l'information

Le malade est associé au choix thérapeutique le concernant. A cet effet - sauf urgence, impossibilité d'y procéder ou volonté expresse de la personne d'être tenue dans l'ignorance (sans risque pour des tiers) – une information appropriée, accessible et loyale doit être fournie à tout patient sur tous les éléments concernant son état de santé, y compris les risques fréquents ou graves normalement prévisibles que comportent les actes proposés (1) en fonction de son état présent et de ses antécédents.

Le malade qui est victime ou s'estime victime d'un dommage imputable à l'activité soignante, ou son représentant légal, doit être informé sur les circonstances et les causes de ce dommage (2).

Par ailleurs toute personne dispose d'un droit d'accès aux informations formalisées la concernant qui sont détenues par l'hôpital à l'exclusion des informations concernant des tiers ou recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique. Ces informations figurent dans le dossier médical constitué pour le patient hospitalisé (3) et conservé conformément à la réglementation applicable aux archives hospitalières. Dans tous les cas, l'hôpital est tenu d'assurer la garde et la confidentialité des informations et dossiers conservés conformément notamment aux dispositions sur les traitements informatiques et aux obligations de secret et de discrétion sur le plan professionnel (4). Les médecins conseil du service du contrôle médical de la Sécurité Sociale, les médecins experts de la Haute Autorité de Santé et les médecins Inspecteurs Généraux des Affaires Sociales, les Médecins Inspecteurs de Santé Publique ont accès à ces informations, dans le respect du secret médical, seulement si elles sont strictement nécessaires à l'exercice de leurs missions (5).

En dehors des informations de nature médicale, les personnes hospitalisées (ou consultantes) doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des médecins et autres professionnels appelés à leur donner des soins (6).

Toute personne a droit également à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion des activités de soins et sur les conditions de leur prise en charge (7). En chirurgie esthétique, un devis détaillé doit lui être remis (8).

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1111-2 et 4 du CSP
(2) Article L 1142-4 du CSP
(3) Articles L 1111- 7 ; R 1112-2 du CSP
(4) cf 3.1.5, 8.1.2 et 8.1.3 du RI ; Article L 1110-4 du CSP
(5) Articles L1112-1 alinéa 6 et L1414-4 du CSP ; L315-1 du CSS
(6) Article R 1112-42 du CSP
(7) Article L 1111-3 du CSP
(8) Article L 6322-2 du CSP

3.1.2. Modalités d'exercice du droit à l'information

3.1.2.1. Entretien individuel

L'information sur l'état de santé du patient doit lui être délivrée au cours d'un entretien individuel par le médecin concerné dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles. Un nouvel entretien doit être organisé, éventuellement après la sortie du malade, lorsque des risques jusqu'alors inconnus sont identifiés postérieurement aux actes réalisés (1). Le malade peut se faire assister par un médecin ou une autre personne de son choix (2). En cas de risque pour la santé publique ou la santé d'une personne, et s'il apparaît que cette information n'a pas été réalisée, les pouvoirs publics peuvent mettre en demeure l'hôpital de la réaliser (3).

3.1.2.2. Communication du dossier médical

S'agissant des informations concernant sa santé et détenues par l'établissement dans son dossier médical, le patient peut y accéder soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, et en obtenir communication dans les conditions fixées réglementairement (4). Un délai de réflexion de 48 h étant laissé au patient, il doit accéder aux informations au plus tard dans les 8 jours suivant la réception de sa demande (délai porté à deux mois à compter de leur constitution pour les informations médicales de plus de cinq ans). L'identité du demandeur doit être contrôlée. La consultation peut s'effectuer sur place gratuitement. Le médecin concerné peut recommander la présence d'une tierce personne, mais le patient peut refuser cet accompagnement. En cas de demande de remise ou d'envoi de copies, les frais à la charge du demandeur correspondent au coût de reproduction, et d'expédition. En cas de refus de communication ou d'absence de réponse, le demandeur peut saisir la personne référente désignée au sein de l'établissement ou la Commission d'Accès aux Documents Administratifs (C.A.D.A.). Le dossier médical peut être communiqué, sous certaines conditions, à un expert dans le cadre d'une procédure judiciaire et peut être saisi par les autorités judiciaires en cas de procédure pénale.

3.1.2.3. Clichés d'imagerie médicale

Ces clichés font partie réglementairement des éléments constitutifs du dossier médical (5). Dans le respect des dispositions précédentes il est délivré au malade qui en fait la demande, des reproductions des clichés figurant dans son dossier médical. En cas de nécessité, les clichés originaux peuvent être transmis en communication au médecin traitant, sur demande adressée directement par celui-ci à son confrère hospitalier. Les clichés d'imagerie médicale effectués en consultation externe sont remis au malade ou bien au médecin traitant lorsque le malade le demande.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1111-2 et 4 du CSP
(2) cf. 2.3.4 du RI
(3) Article L 1413-13 du CSP
(4) Article L 1111-7 du CSP; Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003
(5) Article R 1112-2 du CSP

3.1.3. Relations avec les proches et ayants droit.

Dans chaque service les médecins reçoivent les familles des malades dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures portés à la connaissance des malades et de leurs familles (1). Avec l'accord du malade et dans le but de le faire bénéficier d'un soutien, les indications d'ordre médical – telles que diagnostic et évolution de la maladie – peuvent être données aux membres de la famille par les médecins dans les conditions et limites définies par le Code de la Santé (2) et le Code de déontologie médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du malade peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille, toujours sauf opposition de la part du malade. Si le malade, majeur, a désigné une « personne de confiance » (3) et dans la mesure où il devient hors d'état de recevoir des informations, cette personne peut en recevoir communication. Sur demande écrite, les ayants droit d'un malade décédé peuvent, notamment en ayant accès aux documents de son dossier médical dans les mêmes conditions que l'intéressé, obtenir les informations qui leur seraient nécessaires pour connaître les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt ou faire valoir leurs droits, sauf opposition exprimée par la personne avant son décès (4). Ils doivent être par ailleurs, informés sur les circonstances et causes d'un dommage imputable à l'activité soignante si la personne décédée en a été victime ou en est estimée victime (5).

3.1.4. Relations avec les médecins traitants

L'hôpital est tenu d'informer par lettre le médecin traitant de l'admission du malade ainsi que du service où a lieu cette admission. Il l'invite simultanément à prendre contact avec ce service, à fournir tous renseignements utiles sur le malade et à manifester par écrit le désir d'être informé sur l'évolution de l'état de ce dernier (6).

A la fin de chaque séjour hospitalier, une lettre résumant les observations faites, les traitements effectués, ainsi qu'éventuellement la thérapeutique à poursuivre est remise directement au patient au moment de sa sortie ou, si le patient en fait la demande au praticien que lui-même ou la personne ayant l'autorité parentale aura désigné. Dans ce cas, les informations sont transmises par voie postale et dans un délai maximum de 8 jours suivant la sortie du malade. Des doubles de ces documents sont conservés dans le dossier du malade.

Le médecin traitant peut - après accord du chef de service concerné, du médecin pratiquant l'acte et du malade ou de ses représentants légaux - assister aux actes médicaux à caractère invasif que le malade subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-44 du CSP
(2) Article L 1110-4 du CSP
(3) Articles L 1111- 6 du CSP ; cf 2.3.4 du RI
(4) Article L 1110-4 du CSP ; Décret n°2003-462 du 21 mai 2003
(5) Article L 1142-4 du CSP
(6) Article R 1112-6 du CSP

3.1.5. Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie (1)

3.1.5.1. Directives anticipées (2)

Pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté, toute personne majeure peut rédiger des «directives anticipées». Ces directives anticipées informent sur les souhaits de la personne relatifs à sa fin de vie concernant les conditions de la poursuite, de la limitation, de l'arrêt ou du refus de traitement ou d'actes médicaux ; elles sont révisables et révocables à tout moment. Le médecin en tient compte pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement concernant la personne, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non-conformes à la situation médicale.

3.1.5.2. Soulagement de la douleur en fin de vie (3)

Si le médecin constate qu'il ne peut soulager la souffrance d'un malade en fin de vie qu'en lui appliquant un traitement qui peut avoir pour effet secondaire d'abrèger sa vie, il doit en informer le malade, la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un des proches ; la procédure suivie est inscrite dans le dossier médical. Le malade n'est pas informé lorsqu'il a manifesté la volonté d'être tenu dans l'ignorance des éléments de son état de santé et en conséquence d'un pronostic le concernant (4).

Texte(s) de Référence
(1) cf. renvoi 2 du 2.3.4 du RI
(2) Article L 1111-11 du CSP - Loi n° 2016-87 du 2 février 2016
(3) Article L 1110-5 (Loi précitée) du CSP
(4) cf. 3.1.1 du RI

3.1.6. Traitements informatiques des données

Les informations nominatives d'ordre administratif ou médical recueillies à l'occasion de l'admission et du séjour du malade font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques mis en œuvre par les différents services hospitaliers. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations. Il applique les dispositions réglementaires concernant la conservation sur support informatique des informations médicales et leur transmission par voie électronique entre professionnels en vue de garantir leur confidentialité. Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles. Les dispositions légales relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (1) ont pour but de veiller au respect de ces principes ; elles prévoient un droit d'accès et de rectification par le malade, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique. La Commission Nationale Informatique et Libertés est l'organisme officiel chargé de faire respecter les dispositions légales. Tout traitement informatique spécifique mis en œuvre au sein de l'hôpital et gérant des données nominatives doit être déclaré à cette Commission nationale avant d'être mis en exploitation. Pour tout renseignement à ce sujet, les malades peuvent s'adresser à la Direction.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée (notamment par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004) , en particulier dans ses articles 39, 40, et 43 ; articles L 1110-4 et 1111-8

3.2. CONSENTEMENT AUX SOINS

Toute personne prend, avec le professionnel de santé concerné et compte tenu des informations et des préconisations fournies, les décisions concernant sa santé (1).

3.2.1. Accord sur les soins (1)

Sauf disposition légale spécifique, aucun acte ou traitement médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du malade qui peut le retirer à tout moment. Il en va ainsi même pour le dépistage des maladies contagieuses (2). Les prélèvements d'éléments du corps humain doivent être effectués dans le respect des démarches prévues légalement. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut avoir lieu avant consultation de l'éventuelle « personne de confiance » ou de la famille, ou à défaut d'un autre proche. En cas d'urgence mettant en jeu la vie du malade et en cas d'impossibilité de recueillir son consentement éclairé ou de consulter l'un des proches précité, le médecin dispense les soins qu'il estime nécessaires dans le respect de la vie et de la personne humaine ; dès que possible, il en tient ensuite informé les accompagnants et l'un des proches du patient (3).

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Circulaires DGS/PGE n°395 du 26/07/1985, n° 684 du 28/10/1987, n° 22 du 06/05/1995
(3) Charte de la personne hospitalisée

3.2.2. Refus des soins

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. (1)

3.2.2.1. Cas général (1)

Lorsqu'un malade n'accepte pas les soins proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée, peut-être prononcée par le Directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable faite au malade si possible. La sortie est prononcée après signature par le malade d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le malade refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut par des témoins (qui peuvent être des agents hospitaliers) (2).

Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant des soins palliatifs.

Le refus d'hospitalisation correspond à un refus de soins, avec application de la même démarche (3).

Le refus d'hospitalisation en psychiatrie peut justifier une démarche d'hospitalisation sans consentement. (4)

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible d'entraîner son décès ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale et les directives anticipées ou, à défaut, sans que la personne de confiance ou, à défaut la famille ou les proches, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Article R 1112-43 du CSP
(3) Article R 1112-16 du CSP
(4) Article L 3211-1 et suivants du CSP

3.2.2.2. Dispositions spécifiques aux malades en fin de vie (1)

S'agissant d'un malade en fin de vie, lorsqu'il est conscient et décide de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin est tenu de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de son choix ; la décision du malade est inscrite dans son dossier médical. (2)

Lorsqu'une personne, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable, quelle qu'en soit la cause, est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin a l'obligation de s'enquérir de l'expression de la volonté exprimée par le patient. En l'absence de directives anticipées, il recueille le témoignage de la personne de confiance ou, à défaut, tout autre témoignage de la famille ou des proches (2) (3).

Texte(s) de Référence
(1) cf renvoi 2 du 2.3.4 du RI
(2) Article L 1111-4 du CSP
(3) Article L 1111-12

3.3. DISPOSITIONS PARTICULIERES AUX MALADES MINEURS

Les dispositions suivantes complètent pour les mineurs les dispositions générales qui ont été précédemment décrites.

3.3.1. Informations concernant les mineurs

Ce sont le ou les titulaires de l'autorité parentale qui doivent recevoir l'information sur l'état de santé du mineur. Le mineur a également le droit d'être informé lui-même d'une façon adaptée à son degré de maturité (1). Toutefois une personne mineure hospitalisée à sa demande en s'opposant expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale (2) est la seule à pouvoir bénéficier du droit à l'information ; le médecin doit s'efforcer d'obtenir son accord pour l'information de ses parents ou de son tuteur, mais le mineur peut maintenir son opposition (3). Les autres dispositions relatives au droit à l'information et à ses modalités d'exercice (4) s'appliquent au mineur sous les réserves suivantes :

- L'intéressé manifestant expressément l'opposition ci-dessus évoquée doit se faire accompagner lors des entretiens et dans ses démarches par une personne majeure de son choix (3).
- Si le mineur accepte l'accès aux éléments du dossier médical par une personne titulaire de l'autorité parentale, il peut exiger qu'elle s'effectue par l'intermédiaire d'un médecin (5).

Le médecin ne peut tenir compte de « directives anticipées » qui auraient été rédigées par une personne mineure. (6)

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-2 du CSP
(2) cf 2.6.3 du RI
(3) Article L 1111-5 ; R 1111-6 du CSP; cf 2.7.3 (IVG) du RI
(4) cf 3.1 et 3.2 du RI
(5) Article L 1111-7 ; R 1111-6 du CSP
(6) Article L 1111-11 du CSP

3.3.2. Consentement aux soins pour les mineurs

L'acceptation ou le refus des soins doit émaner de la personne ayant reçu l'information sur l'état de santé. En principe l'acceptation ou le refus des soins doivent donc être exprimées par les titulaires de l'autorité parentale. Aussi, lors de l'admission, s'il apparaît que l'autorisation écrite d'anesthésier, d'opérer et de pratiquer un acte invasif ne pourrait pas être obtenue à bref délai de ses père -mère ou représentant légal pour cause d'éloignement ou pour tout autre motif, ceux-ci sont sollicités pour signer par avance cette autorisation. Cette autorisation leur est demandée par contre seulement lorsqu'elle devient nécessaire s'ils sont en mesure de la donner à bref délai. En cas de refus de signer cette autorisation ou si elle ne peut être recueillie, il ne peut être procédé à aucun acte invasif sauf urgence médicalement constatée ou risque de conséquences graves pour la santé du mineur, justifiant la délivrance des soins indispensables par le médecin (1).

Mais le consentement du mineur doit être toujours systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (1). Il s'agit du seul consentement nécessaire lorsque la personne mineure bénéficie à titre personnel d'un régime de couverture maladie incluant la couverture maladie universelle (2).

Le mineur peut par ailleurs s'opposer expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale ; lorsque le médecin ou la sage-femme ne parvient pas à obtenir son accord pour cette consultation, il peut alors se dispenser de rechercher le consentement des parents ou du représentant légal pour la mise en œuvre des actions médicales qui s'imposent pour sauvegarder la santé de l'intéressé, sous réserve de l'accompagnement du mineur par une personne majeure de son choix (2). En cas de refus de soins du mineur accompagné de cette personne et lorsque le pronostic vital est en jeu, le médecin prend en conscience les décisions nécessaires et s'il y a lieu accomplit l'acte indispensable à la survie du mineur et proportionné à son état.

Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité, et de la couverture maladie universelle, son seul consentement est requis.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-4 du CSP
(2) Article L 1111-5 du CSP

3.4. DISPOSITIONS APPLICABLES AUX MAJEURS SOUS TUTELLE (1)

En principe, les dispositions générales et les dispositions spécifiques aux malades en fin de vie et aux mineurs, qui ont été précédemment décrites, s'appliquent aux majeurs sous tutelle, le tuteur se substituant aux titulaires de l'autorité parentale. Les seules dispositions qui ne sont pas adaptées à la situation de ces patients concernent :

- Le droit d'opposition à l'information et à la consultation de la personne se substituant à la famille : le tuteur doit être toujours informé et consulté.
- Le caractère exclusif du droit d'accès direct au dossier médical concernant le majeur sous tutelle : le tuteur peut lui-même accéder aux informations médicales concernant le majeur sous tutelle.
- En principe, comme pour les mineurs et sauf désignation antérieure d'une « personne de confiance » confirmée par le juge des tutelles (2), le majeur sous tutelle ne peut substituer un tiers à son tuteur.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1111-2 du CSP
(2) Article L 1111-6 du CSP

3.5. DON ET UTILISATION DU SANG (1)

3.5.1. Don du sang

A l'occasion de leur passage ou séjour au sein des sites du CHU, les personnes peuvent se proposer pour donner leur sang afin de contribuer à faire face aux besoins transfusionnels, dans le cadre d'une collecte de sang, organisée par l'Etablissement Français du Sang, en cours sur l'établissement.

Le don du sang ou de composants du sang doit être volontaire, bénévole, anonyme et être pratiqué sous la direction et la responsabilité d'un médecin de l'Etablissement Français du Sang. Il ne peut donner lieu à aucune rémunération, directe ou indirecte.

Le prélèvement est réalisé par l'Etablissement Français du Sang sous sa responsabilité.

3.5.2. Transfusions sanguines

L'administration de produits sanguins est réalisée avec des produits validés fournis par l'établissement de transfusion sanguine.

Pour certaines interventions chirurgicales programmées, les patients peuvent éventuellement se faire prélever leur propre sang en vue d'une autotransfusion.

Au cours de son séjour hospitalier, avant administration d'un produit sanguin labile, chaque fois que cela est possible, le patient ou son représentant légal en est informé par écrit. Un suivi transfusionnel est préconisé pour tout patient transfusé.

3.5.3. Sécurité transfusionnelle

Les analyses biologiques prévues par les textes réglementaires sont accomplies préalablement à toute administration de produit sanguin. L'hôpital établit un dossier transfusionnel, classé dans le dossier médical de l'intéressé, pour chaque malade bénéficiant d'une transfusion. Si une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion apparaît, le correspondant d'hémovigilance du CHU-Hôpitaux de Rouen informe immédiatement le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion fournisseur. Le patient est tenu informé de la situation.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1211-1 et suivants du CSP ; L 1221-1 et suivants du CSP (Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique) ; R 1211-1 et suivants, D 1221-1 et suivants du CSP

3.6. DONS ET PRELEVEMENTS D'AUTRES ELEMENTS ET PRODUITS DU CORPS

3.6.1. Principes généraux (1)

a - Consentement : le **consentement** du donneur vivant est obligatoire, l'absence d'opposition du donneur potentiel décédé doit être recherchée.

b - Gratuité : aucun paiement ne peut être alloué ; les frais inhérents à un prélèvement sont pris en charge, conformément à la réglementation.

c - Anonymat : sauf en cas de nécessité thérapeutique, l'identité du donneur et celle du receveur ne doivent pas être communiquées.

d - Sécurité sanitaire : une sélection clinique et des tests de dépistage des maladies transmissibles sont assurés.

3.6.2. Prélèvements sur une personne vivante (2)

a - don d'organes

Pour les personnes majeures et capables, les prélèvements peuvent intervenir sous réserve de présenter un intérêt thérapeutique direct pour le receveur, et après recueil du consentement libre et éclairé du donneur. Ce consentement doit être exprimé devant le Tribunal de Grande Instance ou le magistrat désigné par lui ; ce consentement est révocable sans forme à tout moment. Le donneur doit avoir la qualité de père ou mère du receveur ou par dérogation et sur autorisation d'un comité d'experts, de personne ayant avec le receveur l'un des liens de parenté précisés légalement ou apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans, ainsi que toute personne pouvant apporter la preuve d'un lien affectif, étroit et stable, depuis au moins 2 ans, avec le receveur. Le prélèvement est interdit sur un mineur ou un majeur sous tutelle, sauf en ce qui concerne la moelle au bénéfice du frère ou de la sœur ou – à défaut et à titre exceptionnel – des autres personnes ayant l'un des liens de parenté précisés légalement, et sous réserve du consentement de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal ; ce consentement est exprimé devant le Président du T.G.I. ou le magistrat désigné par lui, avec constat de l'absence de refus du mineur.

b - prélèvement de tissus et cellules lors d'opérations (résidus opératoires)

Ces prélèvements peuvent être réalisés dans un but thérapeutique ou scientifique, et sur un majeur capable uniquement. Lorsqu'un résidu opératoire est conservé à des fins thérapeutiques, il est nécessaire d'informer le donneur sur les contraintes relatives aux contrôles sérologiques imposés par l'utilisation de ces éléments.

3.6.3. Prélèvements sur une personne décédée (3)

Le médecin informe les proches du défunt, préalablement au prélèvement envisagé, de sa nature et de sa finalité.

Ce prélèvement peut être pratiqué sur une personne majeure dès lorsqu'elle n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement, principalement par l'inscription sur le Registre National des Refus. Ce refus est révocable à tout moment.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1211-1 et suivants (Loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique), R 1211-1 et suivants du CSP
(2) Articles L 1231-1 et suivants, L 1241 et suivants (Loi du 07 juillet 2011), R 1231-1 et suivants du CSP
(3) Articles L 1232-1 et suivants, R1232-1 et suivants du CSP

3.7. PARTICIPATION AUX RECHERCHES BIOMEDICALES (1)

Les médecins peuvent proposer aux malades hospitalisés, aux consultants ainsi qu'à d'autres personnes volontaires de participer à une recherche biomédicale dans les limites et sous les conditions fixées par les dispositions légales et réglementaires qui visent à protéger les personnes.

Avant de réaliser une recherche sur l'être humain, tout investigateur est tenu d'en soumettre le projet à l'avis d'un Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale (CCPPRB).

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucun essai ou expérimentation ne peut être mené sans le recueil préalable du consentement libre, éclairé et exprès de la personne concernée. Cet accord est consigné par écrit, après que le médecin investigateur a informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi. Toute personne (ou un représentant légal) est toujours libre de mettre fin, à tout moment, à sa participation à des recherches biomédicales (1).

Des dispositions spécifiques s'appliquent au recueil du consentement pour les mineurs, pour les majeurs protégés légalement ou hors d'état d'exprimer leur consentement et pour les femmes enceintes, parturientes ou mères qui allaitent. (2).

Les patients hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent être sollicités que pour des recherches présentant un intérêt direct et majeur pour leur santé (3)

Avant le début d'une recherche, la Direction Générale du CHU-Hôpitaux de Rouen doit toujours être informée de la nature et des modalités de cette recherche et avoir donné son accord. Une procédure particulière s'applique lorsque le CHU-Hôpitaux de Rouen est sollicité pour être promoteur du projet.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 1121-1 et suivants jusqu'à L 1126-1 et suivants du CSP ; L 1142-3 du CSP ; R 1121-2 et suivants jusqu'à R 1125-1 et suivants du CSP
(2) Article L 1122-2 du CSP
(3) Article L 1121-6 du CSP

4. SEJOUR DES PATIENTS

4.1. PRINCIPES REGISSANT LE SEJOUR

4.1.1. Règles générales

La vie hospitalière requiert du malade le respect d'une certaine discipline dans l'intérêt général sur divers plans :

- comportement et propos n'apportant aucune gêne aux autres malades ou personnels ou au fonctionnement du service ;
- respect d'une stricte hygiène corporelle (1) et des recommandations reçues dans le cadre de la prévention des infections nosocomiales (c'est-à-dire pouvant être acquises au sein du site) ;
- tenue vestimentaire décente au cours des déplacements dans l'enceinte hospitalière ;
- souci du maintien en bon état des locaux et objets mis à disposition (des dégradations sciemment commises peuvent d'ailleurs, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner une décision de sortie du malade dûment averti pour motif disciplinaire) (2) ;
- interdiction de réaliser des clichés photographiques, portant atteinte au respect de la vie privée.

Les malades peuvent se déplacer librement au sein du site dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier.

Les hospitalisés sont priés d'apporter à l'hôpital :

- leur nécessaire de toilette (brosse à dents, dentifrice, savon, rasoir, etc...) ;
- le linge et leurs effets personnels (serviettes, gants de toilette, pyjama, robe de chambre, pantoufles, etc...).

Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, l'hospitalisé pourra, s'il le souhaite, conserver ses vêtements et son linge personnel, à charge pour lui d'en assurer l'entretien.

4.1.2. Dépôts des objets appartenant au patient -Responsabilité en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet appartenant au malade (3)

Lors de son admission, le malade est informé, oralement et par une note écrite, du régime de responsabilité du CHU – Hôpitaux de Rouen en cas de vol, perte ou détérioration d'un objet lui appartenant, selon qu'il a été ou non déposé, conformément à la réglementation. Il est informé qu'il peut déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès du régisseur du site et qu'il ne doit conserver auprès de lui que des objets de faible valeur. Lors du dépôt, il lui est remis un reçu portant inventaire. Le CHU – Hôpitaux de Rouen devient responsable de plein droit s'il y a vol, perte ou détérioration des objets inventoriés, ceci dans la limite d'un plafond fixé par référence au plafond de la Sécurité Sociale, qui n'est plus applicable en cas de preuve d'une faute de l'établissement ou de ses personnels. De même, dans ce cas et seulement dans ce cas de faute, l'hôpital est responsable des vols, perte ou détérioration des objets de faible valeur conservés par le malade. A noter que la responsabilité du CHU – Hôpitaux de Rouen n'est pas engagée lorsqu'une perte ou détérioration résulte de la nature ou d'un vice du bien, ou lorsque le dommage s'est avéré inévitable pour la réalisation d'un acte médical ou de soins.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-52 du CSP
(2) Article R 1112-50 du CSP
(3) Article L 1113-1 et suivants du CSP ; R 1113-1 et suivants du CSP

4.1.3. Gestion des biens (1) et protection des majeurs sous tutelle

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au sein de l'établissement ou sortis de l'établissement peuvent, sur décision de justice, être administrés, en considération des intérêts du malade, par un gérant de tutelle qui exerce ces fonctions sous le contrôle du Juge des tutelles. Ce gérant de tutelle peut être un agent de l'hôpital choisi par le Directeur parmi les personnels administratifs. La tutelle en gérance recouvre la gestion des biens et la protection de la personne. La plupart des actes que le gérant de tutelle peut accomplir nécessitent une autorisation du Juge, en dehors des actes de gestion courante du patrimoine.

4.1.4. Horaires quotidiens du séjour hospitalier

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires tenant compte des besoins des malades. Les plages horaires fixées sont les suivantes (sous réserve des nécessités d'ordre médical ou des contraintes exceptionnelles d'organisation) :

- restauration
 - petit déjeuner : de 7 H à 8 H
 - déjeuner : de 12 H à 13 H
 - dîner : de 18 H 30 à 19 H 30
- visites : de 13 H à 20 H, sauf dispositions particulières (2).

4.1.5. Service des repas

Les repas sont servis individuellement, au lit du malade ou dans des locaux de séjour, en fonction des possibilités ou des pratiques internes au service.

Un repas peut être servi aux personnes rendant visite aux patients hospitalisés lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de prendre leurs repas à l'extérieur, et sous réserve des moyens d'accueil de chaque service. Ces repas seront facturés au tarif visiteur fixé annuellement par le Directeur de l'établissement.

Les menus sont arrêtés par une commission des menus (comprenant, entre autres, une diététicienne) et sont communiqués à chaque service, en liaison avec le Comité Alimentation Nutrition. L'hospitalisé, dont le régime alimentaire est le régime normal, a la possibilité de choisir entre plusieurs mets, dans le respect des croyances. Sur prescription médicale, des régimes diététiques spéciaux sont servis.

4.1.6. Poursuite de la scolarité

Les enfants en âge scolaire ont droit à un suivi scolaire adapté au sein de l'hôpital lorsque leurs conditions d'hospitalisation le permettent (3) ; la scolarité est organisée en tenant compte des contraintes d'ordre médical.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-37 du CSP
(2) cf 4.2.1 du RI
(3) Article L 1110-6 du CSP

4.1.7. Autorisations de sortie en cours d'hospitalisation (1)

Par décision du Directeur sur avis favorable du médecin chef de service, les malades peuvent- en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour - bénéficier de permissions de sortie d'une durée limitée (48 h au plus). Lorsqu'un malade ne rentre pas dans les délais impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la mesure où une place est disponible. Lorsqu'un malade relève d'une hospitalisation en psychiatrie sans consentement, les autorisations de sorties sont régies par des textes spécifiques (2)

4.1.8. Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation (3)

Des permissions de sortie peuvent être accordées au bénéfice des mineurs en cours d'hospitalisation, dans les mêmes conditions. Les mineurs sont confiés à leur père, mère, ou autre personne disposant de l'autorité parentale. Cette personne doit préciser à la Direction de l'hôpital si le mineur doit être confié à une tierce personne expressément autorisée par elle. La personne se présentant pour emmener l'enfant doit présenter les justificatifs nécessaires (pièce d'identité, éventuel extrait de jugement). Toutefois le mineur voulant garder le secret sur son hospitalisation et maintenant son refus sur l'information de ses parents ou de son tuteur peut se faire accompagner par la personne majeure de son choix pour ces sorties. (4).

4.1.9. Exercice des cultes (5)

Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée au cadre de santé de l'unité de soins, la visite du ministre du culte de leur choix.

Des ministres des différents cultes, agréés par le CHU-Hôpitaux de Rouen, sont à la disposition des malades, sur demande de leur part.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-56 du CSP
(2) Article L 3211-11 du CSP
(3) Article R 1112-57 du CSP
(4) Article R 1112-57 du CSP ; cf 3.3.1 du RI
(5) Article R 1112-46 du CSP; circulaire DHOS/G/2005/57 du 2 février 2005 relative à la laïcité

4.1.10. Surveillance et garde des personnes détenues à l'hôpital (1)

Les mesures de surveillance et de garde des personnes détenues incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire et s'exercent sous leur responsabilité. En aucun cas le service de sécurité du site n'est habilité à y participer.

4.1.11. Interventions du Service Social (3)

Le Service Social, composé de cadres socio-éducatifs et d'assistants de service social, a pour mission de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, ainsi que de rechercher et de proposer les actions nécessaires à leur accès aux soins et à leur réinsertion sociale, familiale, professionnelle ou scolaire. A la disposition des malades, des familles et des proches sur chaque site, ce service participe à la prévention, au dépistage et au traitement des répercussions familiales, économiques et psychologiques inhérentes à la maladie, au handicap et à l'âge. Il favorise l'accès ou le maintien aux droits sociaux et participe à la résolution des difficultés administratives ou juridiques en œuvrant au fonctionnement des PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Il aide à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Il prépare, en collaboration avec les autres intervenants, le retour et le maintien à domicile et organise si nécessaire l'admission dans une structure sanitaire ou sociale adaptée à la situation particulière des malades.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 1112-32 et 33 du CSP ; Article D 394 du Code de Procédure Pénale
(2) Article D 398 du Code de Procédure Pénale
(3) Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 ; Circulaire DH/AF/DGS/SP2/DAS/RV3 n°736 du 17 décembre 1998

4.2. ACCES DES PERSONNES ETRANGERES A L'HOPITAL

L'accès de l'établissement est réservé à ceux qui y sont appelés par leurs fonctions et aux personnes qui se rendent au chevet d'un hospitalisé aux heures de visite. La Directrice Générale ou son représentant doit donc être immédiatement avisé de la présence de personnes étrangères au service, autres que les patients ou proches des malades ou des personnels.

4.2.1. Visites

Les visites aux hospitalisés ont lieu, en règle générale, entre 13 h et 20 h, tous les jours (1). Cependant, les chefs de service peuvent être conduits à aménager ces horaires suivant les nécessités du service. Des dérogations aux horaires peuvent être autorisées à titre exceptionnel, avec l'accord du médecin responsable, lorsqu'elles ne troublent pas le fonctionnement du service. Lorsque l'état du malade le justifie, la présence d'un ou plusieurs proches peut être autorisée hors des heures de visite. Les proches d'un patient dont l'état est jugé critique, peuvent être admis à prendre leur repas dans l'établissement.

Les malades peuvent demander aux cadres de santé du service, de ne pas permettre aux personnes qu'ils désignent, d'avoir accès à eux.

4.2.2. Recommandations aux visiteurs (2)

Les visiteurs doivent respecter le repos des malades, éviter de gêner le fonctionnement du service, accepter sur demande du personnel de se retirer des chambres des malades ou d'autres locaux pendant l'exécution des soins et examens, s'abstenir d'imposer leur présence aux malades contre leur gré, garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, et respecter strictement l'interdiction de fumer. Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans l'hôpital des médicaments (sauf accord express du médecin), boissons alcoolisées ou produits toxiques de quelque nature qu'ils soient. Il leur est déconseillé par ailleurs d'apporter aux malades des denrées ou boissons, même non alcoolisées qui pourraient être incompatibles avec leur régime alimentaire. Les produits apportés à l'hôpital peuvent être détruits à la vue du malade ou de sa famille. La responsabilité de l'Administration ne peut être engagée à l'occasion de tels faits. Le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et saisir la Direction pour décider l'expulsion du visiteur, avec éventuellement une interdiction de visite ultérieure.

Texte(s) de Référence
(1) cf. 4.1.4 du RI
(2) Articles R 1112-47 et 48 du CSP

4.2.3. Stagiaires extérieurs

Les stages d'étudiants et professionnels au sein du site hospitalier doivent faire l'objet d'une convention entre le CHU-Hôpitaux de Rouen et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire. Dans le cas d'une demande de stage émanant d'une personne ne relevant d'aucun établissement ou organisme ou à défaut d'une convention générale régissant la situation, une autorisation peut être accordée à titre exceptionnel, mais cette autorisation de stage et les conditions de son déroulement doivent faire l'objet d'un document écrit, valant accord de la Direction concernée. Les stagiaires sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

4.2.4. Associations (1)

L'administration hospitalière facilite l'intervention d'associations qui proposent, de façon bénévole et dans le respect de la réglementation, un soutien ou des activités au bénéfice des malades, à leur demande ou avec leur accord, au sein du site hospitalier.

Préalablement à leurs interventions, ces associations doivent obtenir l'autorisation du Directeur et conclure avec le CHU-Hôpitaux de Rouen une convention définissant les droits et obligations réciproques. Cette convention est élaborée suivant une convention-type.

L'accès auprès des malades est subordonné à cette procédure ; le Chef de service peut s'opposer toutefois à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service. En tout état de cause, les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Une convention régit les relations entre le CHU-Hôpitaux de Rouen et toute Association liée à l'hôpital, que ses membres interviennent dans un, plusieurs ou l'ensemble de ses services, avec un siège social situé à l'extérieur du domaine public hospitalier ou domicilié en son sein.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-11 et 1112-5, R 1110-4 du CSP ; Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 04/10/2004 (convention-type)

4.2.5. Accès des professionnels de la presse (1)

L'accès des professionnels de la presse (journalistes et photographes) et les modalités d'exercice de leur profession au sein d'un site hospitalier doivent préalablement faire l'objet d'une demande exprimée auprès de la Direction Générale. Si cette demande est acceptée, elle fait l'objet d'une autorisation écrite transmise au demandeur, ou bien d'un accord oral, après information au Délégué à la Communication. Les jours fériés et week-ends, ces professionnels doivent formuler leur demande auprès du Directeur de garde. L'accès des professionnels de la presse auprès du patient est subordonné au consentement libre et éclairé de ce dernier, et pour les mineurs et majeurs protégés, à l'accord du représentant légal. Les images (télévisées ou photographiques) concernant des patients ne peuvent être réalisées sans une autorisation écrite et signée par ces patients. Les images des patients sont réalisées sous l'entière responsabilité des professionnels ; le CHU-Hôpitaux de Rouen ne saurait en aucune manière être appelé en garantie en cas de litige consécutif à leur utilisation.

4.2.6. Interdiction d'accès aux démarcheurs, représentants et enquêteurs (1)

L'accès au sein d'un site hospitalier de démarcheurs, représentants et enquêteurs est interdit, sauf accord du malade et autorisation spécifique de l'administration. Ceux-ci s'exposent à une expulsion immédiate s'ils pénètrent, sans autorisation écrite du Directeur, dans les chambres et les locaux hospitaliers. Aucune enquête notamment téléphonique ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du Directeur ~~du site~~ ; les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

4.2.7. Intervention des notaires

Lorsqu'un malade hospitalisé sollicite son intervention, un notaire (dont la fonction lui confère la qualité d'officier public) peut se rendre auprès de celui-ci, quel que soit son état de santé, sans avoir à demander l'autorisation de l'administration hospitalière ; il lui appartient d'apprécier sous sa responsabilité la capacité de son client à accomplir des actes juridiques, et tout abus pouvant être constitutif d'une faute professionnelle relèverait de la seule compétence de l'autorité judiciaire.

4.2.8. Accueil et hébergement Inter-hospitalier

Les pavillons Aubette et Pillore sont des foyers hébergeant des personnes extérieures au CHU-Hôpitaux de Rouen, venant y exercer des activités de recherche, de formation sur un temps limité.

Ces résidences sont utilisées 24h sur 24h et 365 jours par an.

Un règlement intérieur a pour but de préciser les modalités de séjour et d'assurer un bon équilibre de vie à chacun des usagers des chambres. La capacité d'accueil nécessite donc d'établir certaines règles de fonctionnement pour la sécurité et le bien-être pendant les séjours.

La plus stricte neutralité philosophique, politique et religieuse doit être respectée.

Un Règlement Intérieur pour ces Pavillons est annexé au présent Règlement Intérieur Général (annexe 8).

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-47 du CSP

4.3. REGLES DIVERSES

4.3.1. Respect de la dignité et de l'intimité (1)

Le respect de la dignité et de l'intimité du malade doit être préservé par tous d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier.

Les personnes hospitalisées ne peuvent être amenées à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires, ou à recevoir des soins en présence d'un proche, sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus. (2)

Les personnels et les visiteurs extérieurs frappent avant d'entrer dans la chambre du malade et n'y pénètrent, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé. Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les malades sont proscrits, sauf en cas de volonté expresse de ces derniers à ce sujet.

Des mesures sont prises pour assurer la tranquillité des malades et réduire au mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

4.3.2. Droits civiques

Les patients hospitalisés qui, en raison de leur état de santé, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place, par procuration. (3) Le Cadre de santé du service peut renseigner sur les formalités à accomplir. Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte hospitalière, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République. (4)

4.3.3. Neutralité du Service Public

Au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles. Conformément à ce principe :

- Les visites d'élus dans l'enceinte d'un site hospitalier ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- Les membres du Conseil de surveillance du CHU-Hôpitaux de Rouen ne peuvent effectuer des visites au sein d'un site que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le Conseil de surveillance ;
- Les signes d'appartenance religieuse - quelle qu'en soit la nature - ne sont pas acceptés au sein de l'hôpital, qu'ils soient arborés - individuellement ou collectivement - par les malades, leurs familles, les visiteurs ou les personnels, dès lors que ces signes constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme ou de propagande, qu'ils perturbent le déroulement des activités hospitalières et, d'une manière générale, l'ordre et le fonctionnement normal du service public (5). Il en est de même lorsqu'ils dissimulent le visage et rendent impossible l'identification de la personne (6).
- Les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein du site, sauf autorisation expresse du Directeur.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-2 et 4 du CSP
(2) Article L 1111-4 du CSP
(3) Article L 71 du Code électoral
(4) Article 75 du Code civil
(5) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 02/02/2005 relative à la laïcité
(6) Loi n°2010-1192 du 11 octobre 2010

4.3.4. Prestataires de service au sein de l'hôpital

Des prestations de service assurées par des entreprises conventionnées avec le CHU-Hôpitaux de Rouen sont proposées aux malades dans les conditions fixées par la Direction Générale.

4.3.5. Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les malades ou leur famille, à titre de gratification ou à titre de dépôt (1). Le dépôt de sommes d'argent auprès du régisseur du site ne peut s'effectuer par l'intermédiaire du personnel, sauf cas des admissions en urgence dans le cadre de l'inventaire des biens (2).

4.3.6. Effets personnels

Les malades doivent prévoir pour leur séjour hospitalier du linge personnel et un nécessaire de toilette. Sauf cas particuliers, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit aux règles générales de la responsabilité hospitalière (3). En cas de nécessité, des vêtements appropriés sont mis à la disposition des patients pour la durée de leur hospitalisation.

4.3.7. Jouets

Les jouets appartenant aux enfants hospitalisés ou qui leur sont apportés leur sont remis après accord du service.

4.3.8. Animaux domestiques (4)

Les dispositions interdisant l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte hospitalière ne font pas obstacle à ce que des chiens-guides d'aveugles ou malvoyants soient autorisés à pénétrer au sein de l'hôpital, dans les limites fixées par la réglementation et dans les conditions définies avec le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-51 du CSP
(2) cf. 2.3.2.2 du RI
(3) cf. 4.1.2 du RI
(4) Article R 1112-48 du CSP; loi 87-588 du 30/07/1987 (article 88)

4.3.9. Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales. (1) La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire. Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés conscients par le vaguemestre ; ils sont remis en dépôt à la Direction ou au gérant de tutelle, si le malade ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales. Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

4.3.10. Téléphone (2)

Les hospitalisés ont la possibilité, sur leur demande, de disposer d'un téléphone dans leur chambre ; ils sont tenus d'acquitter les taxes correspondantes. Ils peuvent recevoir des communications téléphoniques aux horaires autorisés dans la mesure où celles-ci ne gênent pas le fonctionnement des services. Par mesure de sécurité les téléphones portables doivent être utilisés à distance des appareils biomédicaux pour éviter toute interférence (3).

4.3.11. Télévision

Des postes téléphoniques peuvent être mis à disposition par une société prestataire ; les frais de location sont facturés par cette dernière. Les téléviseurs personnels sont interdits dans les chambres afin d'éviter les accidents dont le patient devrait porter la responsabilité. En aucun cas, les récepteurs de radio, de télévision ou autres appareils sonores ne doivent gêner le repos du malade ou de ses voisins (4).

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-53 du CSP
(2) Article R 1112-54 du CSP
(3) Circulaire DH/EMI n° 40 du 09/10/1995 (matéiovigilance – téléphone mobiles cellulaires)
(4) Article R 1112-55 du CSP

5. SORTIE DES PATIENTS

5.1. SORTIE DES PATIENTS EN FIN DE SEJOUR

5.1.1. Décision de sortie (1)

Lorsque l'état du malade ne requiert plus son maintien à l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du médecin chef de service avec mention dans le dossier administratif du patient.

La sortie d'un militaire est signalée à sa hiérarchie ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le malade et sa famille, les dispositions sont prises pour un transfert immédiat du malade dans un autre établissement adapté à son cas.

5.1.2. Organisation de la sortie des malades adultes (2)

La sortie donne lieu à la remise au malade d'un bulletin de sortie indiquant les dates de son séjour (au malade lui-même ou envoyé à son domicile s'il ne peut venir le chercher) ainsi qu'à la délivrance des certificats médicaux nécessaires à la justification de ses droits et des ordonnances indispensables à la continuation des soins. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant sont destinataires, à la sortie du patient, d'une lettre de liaison comportant les éléments utiles à la continuité des soins, rédigée par le médecin de l'établissement en charge du patient, y compris lorsque le patient est pris en charge en l'absence de la lettre de liaison

La lettre de liaison est également remise au moment de sa sortie, au patient ou avec son accord à la personne de confiance (3).

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport par ambulance ou autre véhicule sanitaire peut être établie par un médecin hospitalier. Lorsque le coût du transport est à la charge du malade, le malade dispose du libre choix de l'entreprise ; la liste complète des entreprises de transport sanitaire agréées du département est tenue à la disposition des malades (4).

En cas de dépôt à la régie de recettes, le malade ou une personne mandatée par ses soins doit se présenter au cours des heures d'ouverture pour effectuer le retrait de l'argent et/ou des objets de valeur en dépôt soit sur place à la régie soit à la Trésorerie du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Le formulaire annexé au livret d'accueil et destiné à recueillir les appréciations et observations du malade peut être déposé dans les urnes prévues à cet effet. Ces formulaires sont exploités et peuvent être consultés par les autorités de tutelle (5).

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-58 du CSP
(2) Articles R 1112-59 à 61 du CSP
(3) Article L 1112-1 du CSP
(4) Article R 1112-66 du CSP
(5) Article R 1112-67 du CSP

5.1.3. Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation (1)

En principe, une personne exerçant l'autorité parentale est informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit informer la Direction si le mineur devra être confié à une tierce personne expressément autorisée de sa part ; dans ce cas, des pièces justificatives sont exigées à la sortie. Les mêmes règles s'appliquent lors des permissions de sortie en cours d'hospitalisation ainsi que lorsque l'état d'un mineur examiné au niveau d'un service d'accueil des urgences ne justifie pas son hospitalisation. Toutefois ces règles ne s'appliquent pas lorsque le mineur s'est opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale et est accompagné lors de sa sortie par une personne majeure de son choix (2)

5.1.4. Sortie des nouveau-nés (3)

Le nouveau-né quitte l'établissement en même temps que sa mère (*il est demandé une pièce d'identité*), sauf en cas de nécessité médicale (notamment pour les enfants prématurés) ou en cas de force majeure.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-64 du CSP ; cf 4.1.8 du RI
(2) Article L 1111-5 du CSP
(3) Article R 1112-65 du CSP

5.2. CAS PARTICULIERS DE SORTIE

5.2.1. Sortie contre avis médical (1)

Sauf cas particuliers, les malades peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'établissement. Toutefois, si de l'avis du médecin chef de service elle est prématurée et présente un danger pour la santé, cette sortie sur décision du malade est assimilée à un refus de soins. Il est alors demandé au malade de signer une décharge consignait sa volonté de sortir contre avis médical malgré sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus ; en cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi. Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, et que la sortie prématurée présente un danger pour l'intéressé, le médecin responsable du service, en plus de la procédure de décharge, informe le Directeur de Garde et saisit le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance nécessaire (2). Si elle est demandée par un mineur opposé à l'information des personnes titulaires de l'autorité parentale, elle ne peut intervenir qu'avec l'accompagnement d'une personne majeure (3), et le médecin responsable saisit aussi le Procureur à la même fin. Le responsable médical présent informe le médecin traitant dans les délais les plus courts de la sortie prématurée du malade. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

5.2.2. Sortie sans avis médical (à l'insu du service)

Si un malade a quitté l'établissement sans prévenir, des recherches sont effectuées sur le périmètre hospitalier ; si ces recherches demeurent vaines et en accord avec la Direction, le commissariat de police est prévenu si la situation l'exige sur le plan médical ou légal. Dans ces cas, la famille ou le représentant légal du malade sont également informés sans délai. Dans ces cas, un courrier est adressé au malade si possible à son domicile dans les délais

les plus courts, pour l'informer des risques encourus pour sa santé et l'inciter à réintégrer le service ou à se faire soigner. Le médecin traitant est aussi informé de la sortie prématurée du patient. Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

5.2.3. Sortie disciplinaire (4)

A l'exclusion des cas où l'état de santé ne le permettrait pas et lorsque le transfert dans un autre service n'est pas possible ou suffisant, la sortie d'un malade peut être prononcée par le Directeur, après avis médical, pour un manquement grave aux dispositions du règlement intérieur. Dans ces circonstances, la continuité des soins doit être assurée en organisant une alternative dont le malade est informé.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-62 du CSP ; Article 223-6 du Code pénal
(2) Article R 1112-35 du CSP
(3) Article L 1111-5 du CSP
(4) Article R 1112-49 du CSP

6. NAISSANCES ET DECES

6.1. DISPOSITIONS RELATIVES AUX NAISSANCES

6.1.1. Déclaration de naissance - cas général (1)

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée auprès du Service de l'Etat civil dans les trois jours suivant l'accouchement. Le père est invité à effectuer cette déclaration en s'engageant par écrit à accomplir cette formalité dans le délai légal. En l'absence d'engagement du père, un document déclaratif est établi à cet effet sous la responsabilité de l'Administration, suivant les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un membre du personnel hospitalier à la mairie dont relève l'établissement. Un double de la déclaration de naissance est conservé dans une enveloppe, classée au niveau de la maternité.

6.1.2. Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale (2)

Lorsqu'un enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant sa déclaration de naissance à l'Etat Civil, le médecin responsable établit un certificat médical attestant ces faits, en précisant les dates et heures de la naissance et du décès. La déclaration est réalisée auprès de l'officier d'état civil qui établit, au vu de ce certificat, un acte de naissance et un acte de décès. Cette procédure concerne tout enfant né vivant et viable, même s'il n'a vécu que quelques instants.

A défaut du certificat médical prévu à l'alinéa précédent, une déclaration d' « enfant sans vie » est établie, avec inscription sur le registre des décès du site hospitalier (3), et un acte correspondant est dressé par l'Officier d'Etat Civil. Cet acte est inscrit à sa date sur les registres de décès et il énonce le jour, l'heure et le lieu de l'accouchement, les prénoms et noms, dates et lieux de naissance, professions et domiciles des père et mère et, s'il y a lieu,

ceux du déclarant. L'acte dressé ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non ; tout intéressé pourra saisir le tribunal de grande instance à l'effet de statuer sur la question.

Texte(s) de Référence
(1) Articles 55 et 56 du Code civil
(2) Article 79-1 du Code civil ; Loi 93-22 du 08/01/1993 ; circulaire DGS n° 50 du 22/07/1993 ; circulaire DHOS/E4/DGS/DACS/DGCL n° 2001-576 du 30/11/2001.
(3) Article R 1112-72 du CSP

6.2. DISPOSITIONS RELATIVES AUX DECES

6.2.1. Attitude à l'approche du décès (1)

Lorsque l'état du malade s'est aggravé et qu'il est en fin de vie, la famille ou les proches du malade sont prévenus sans délai, et par tous moyens appropriés, de l'aggravation de son état.

Le malade est alors transporté dans une chambre individuelle du service avec toute la discrétion souhaitable.

Le malade peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en expriment le désir (2).

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants ; la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation ; en revanche, les repas fournis sont à la charge des bénéficiaires.

6.2.2. Information sur le décès (3)

La famille ou les proches du malade sont prévenus du décès, médicalement constaté, dès que possible et par tous moyens, cette information est communiquée à la famille ou aux proches du malade ou à la «personne à prévenir» désignée par ce dernier lors de son admission (cette personne ne correspond pas nécessairement à la «personne de confiance») (4). La notification du décès est faite aux autres personnes ou autorités ayant en charge le patient se trouvant dans une situation spécifique en droit ou de fait et, pour les personnes non identifiées, aux services de police. Par ailleurs, l'autorité judiciaire est avisée immédiatement par le Directeur Général ou son représentant prévenu par le médecin chef du service en cas de signes ou d'indices de mort violente d'un malade hospitalisé (5).

Le service d'Etat Civil de la mairie du lieu de décès est informé dans le délai légal et suivant les modalités définies, après mention du décès sur le registre des décès du site (6).

6.2.3. Formalités entourant le décès

Le décès est constaté par un médecin réglementairement habilité dans le cadre de ses fonctions de diagnostic. Le "certificat de décès", établi sur un document officiel (7) est transmis à l'Espace Accueil Clientèle. Conformément à l'article 80 du Code Civil, les décès sont inscrits sur un registre spécial, disponible dans les espaces accueil clientèle. Copie en est transmise dans les 24 heures au bureau d'Etat civil de la mairie.

Lors du décès médicalement constaté, il est procédé à la toilette et à l'habillage du défunt, conformément au protocole institutionnel. Deux membres de l'équipe soignante sont chargés de dresser l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clefs... qu'il avait en sa possession. Cet inventaire est dressé en présence d'au moins un témoin et si possible deux. Il est inscrit sur un registre ou carnet spécial, paginé, tenu dans chaque service. L'inventaire, mentionné à l'alinéa précédent, est signé par le cadre soignant ou l'infirmier(e) et le témoin, puis remis dans les 24 heures avec les objets qui y figurent, soigneusement enveloppés, dans des sacs prévus à cet effet, au régisseur des dépôts. Aucun de ces objets ne peut être remis directement par le personnel aux ayants droit du malade ou aux proches du malade. Le régisseur de dépôt ne peut prendre en compte que les objets de valeur : bijoux, argent, carte bleue, chèquiers. Les espèces, valeurs et bijoux sont immédiatement remis au comptable de l'établissement qui les restitue aux ayants droit. En cas de non observation de ces règles, l'agent engage sa responsabilité et celle de l'hôpital. La dévolution des sommes d'argent, valeurs, bijoux et de tout objet laissés par le défunt est opérée dans les conditions prévues par le code civil, l'article L 1113 – 6 du Code de la Santé Publique. Le corps est ensuite déposé à la chambre mortuaire et il ne peut être transféré hors de l'établissement qu'avec les autorisations exigées par les lois et règlements. Dans la mesure où les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Les familles peuvent demander la présentation du corps à la chambre mortuaire de l'établissement, pendant les heures d'ouverture.

Texte(s) de Référence
(1) Article R 1112-68 du CSP
(2) Article R 1112-63 du CSP
(3) Article R 1112-69 du CSP
(4) cf 2.3.4 du RI
(5) Article R 1112-73 du CSP
(6) Article R 1112-71 du CSP
(7) Article R 1112-70 du CSP

6.2.4. Gestion des objets du défunt (1)

Si un dépôt chez le régisseur avait été effectué avant le décès, c'est le seul Trésor Public qui peut restituer ce dépôt aux héritiers sur justification de leurs droits.

Les effets et objets mobiliers ayant appartenu au malade décédé peuvent être incinérés, avec établissement d'un procès-verbal lorsque la sécurité sanitaire impose cette mesure (2).

6.2.5. Don du corps à la science (3)

Une personne peut avoir fait don de son corps au bénéfice d'un établissement d'enseignement et de recherche (Faculté de Médecine). Ce don ne peut être accepté que si la personne décédée en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main, auprès de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rouen.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L. 1113-6 et 7 ; R. 1113-6 et 7 du CSP
(2) Article R. 1112-74 du CSP
(3) Article R 2213-13 du CGCT

6.2.6. Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires

Le droit d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu qui peut l'exercer soit en consignant ses volontés dans un testament ou en souscrivant un contrat d'obsèques.

Les malades peuvent demander au notaire de leur choix de venir sur le site hospitalier (1) pour y recueillir à leur chevet leurs dernières volontés (au besoin, le personnel du service peut servir de témoin).

Les malades peuvent aussi faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHU-Hôpitaux de Rouen, en assortissant ces libéralités, le cas échéant, de conditions qui seront strictement respectées. Par contre, les administrateurs, médecins et agents ne peuvent bénéficier de telles libéralités en leur faveur par des personnes hospitalisées. Il en est de même pour les médecins, et pharmaciens, ayant traité une personne pendant la maladie cause de son décès (2).

6.2.7. Dépôt des corps à la chambre mortuaire (3)

Après réalisation de l'inventaire des biens du défunt, le corps est déposé, en principe avant tout transfert, à la chambre mortuaire du site.

En tous cas, la présentation du corps doit se dérouler dans un lieu spécialement préparé et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement. Les agents concernés du site prennent en compte, si possible, après s'en être enquis auprès des familles, les souhaits exprimés au sujet des pratiques religieuses lors de la présentation du corps ou de la mise en bière. La présentation des corps au niveau de la chambre mortuaire s'effectue durant ses heures d'ouverture affichées sur sa porte d'entrée, figurant dans le guide des formalités remis par les agents de la chambre mortuaire et pouvant être précisées au niveau du service de décès.

Le séjour dans la chambre mortuaire du corps d'une personne décédée à l'hôpital ne donne pas lieu à facturation dans la limite de 3 jours (non compris les dimanches et jours fériés).

Texte(s) de Référence
(1) cf 4.2.7 du RI
(2) Article 909 du Code Civil
(3) Articles L 2223-39, R.2223-89, R.2223-94, R 2223-97 du CGCT

6.2.8. Organisation des opérations funéraires – Libre choix des opérateurs

Après reconnaissance du corps, la famille organise les funérailles en s'adressant directement à l'opérateur funéraire de son choix auquel elle règle également directement les frais de convoi et d'obsèques.

La liste des opérateurs funéraires (régies, entreprises, associations) habilités, par agrément préfectoral, à fournir ces prestations (1) avec un guide des formalités à accomplir, sont remis à la famille. Cette liste comprenant aussi les chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire.

Sont strictement interdites (2) toutes pratiques d'offre de services ou de démarchage qui seraient effectuées au sein du CHU en prévision d'obsèques pour obtenir ou faire obtenir la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès.

Il est également strictement interdit aux agents du CHU qui - à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions - ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres - promesses - dons - présents ou avantages - de n'importe quelle nature pour faire connaître le décès aux opérateurs funéraires ou pour recommander aux familles les services d'un de ces opérateurs.

L'inhumation doit avoir lieu 6 jours au plus, après le décès (dimanche et jour férié non compris), sauf dérogation préfectorale limitée à des circonstances particulières (3). Lorsque dans un délai de 10 jours au maximum un corps n'a pas été réclamé, c'est l'établissement qui fait procéder à l'inhumation en appliquant, s'il y a lieu, les dispositions concernant les indigents. (4)

6.2.9. Mise en bière et transport après mise en bière (5)

En principe, le corps du malade décédé est mis en bière au niveau de la chambre mortuaire du site avant son transport pour inhumation ou incinération (en cas de prothèse renfermant des radioéléments, un médecin procède au préalable à sa récupération), sur production du certificat médical adéquat parallèlement aux formalités de déclaration de décès (6) et d'obtention du permis d'inhumer.

Quelle que ce soit la destination, les transports de corps en cercueil doivent faire l'objet d'une déclaration préalable auprès de la commune du lieu de fermeture du cercueil de la part de l'entreprise de pompes funèbres en charge du transport de corps (ou par le préfet du département quand le corps doit être transporté en dehors du territoire métropolitain). La commune a la faculté a posteriori d'agir à l'égard de la validité du transport en cas de besoin. Si la mairie est fermée, la régularisation se fera aux heures d'ouverture suivantes.

Ces dispositions (comme les dispositions suivantes relatives aux transports sans mise en bière préalable) s'appliquent aux enfants nés vivants et viables mais décédés avant la déclaration de naissance, c'est-à-dire aux enfants ayant fait l'objet simultanément d'un acte de naissance et d'un acte de décès. Lorsque la famille décide d'organiser des funérailles, le recours à un opérateur funéraire est possible pour les enfants qui font l'objet d'une déclaration d' « enfant sans vie » aux services de l'Etat civil ainsi qu'exceptionnellement (si la commune accepte l'inhumation) pour les enfants mort-nés ne pouvant donner lieu à une déclaration aux services de l'Etat civil. La famille est informée par l'hôpital des différentes possibilités de prise en charge du corps, avec remise de la liste des opérateurs funéraires (7).

Annexe(s) ou Texte(s) de Référence
(1) Article R 2223-32 du CGCT
(2) Article L 2223-33 du CGCT
(3) Article R 2223-33 du CGCT
(4) Article R 1112-75 du CSP
(5) Articles R 2213-15 à 2213-27 du CGCT
(6) Articles 78 et suivants du Code civil
(7) Circulaire DGCL / DACS / DHOS /DGS/2009/182 du 19 juin 2009

6.2.10. Transport de corps sans mise en bière

Tout transport sans mise en bière préalable n'est possible que dans le délai de 48 heures à compter du décès.

Sauf cas particulier, le départ du corps doit avoir lieu à partir de la chambre mortuaire du site au cours de ses plages horaires d'ouverture.

Un tel transport sans mise en bière peut s'effectuer à destination du domicile du défunt ou d'un membre de sa famille (1) mais également du site hospitalier vers une chambre funéraire (2) ; il peut aussi s'avérer nécessaire d'un site hospitalier à un autre site (3) ou vers un hôpital extérieur au CHU-Hôpitaux de Rouen dans le cadre de la recherche des causes du décès d'un patient ou encore dans des circonstances exceptionnelles (par exemple, absence de chambre mortuaire sur le site ou absence de place disponible dans la chambre mortuaire du site de décès).

Dans ces diverses hypothèses, le transport de corps sans mise en bière d'un patient décédé dans un hôpital du CHU-Hôpitaux de Rouen doit être autorisé par le Directeur, lorsque le lieu d'accueil est situé sur le territoire de la commune du lieu de décès. Cette autorisation est subordonnée aux conditions médicales et médico-légales fixées par la réglementation.

La déclaration au préalable du Maire devient nécessaire en cas de transport sans mise en bière hors de la Commune du lieu de décès par l'entreprise de pompes funèbres.

Cette déclaration préalable du Maire est aussi nécessaire lors d'un deuxième transport du corps sans mise en bière au sein de la commune par l'entreprise des pompes funèbres.

Texte(s) de Référence
(1) Articles R 2213-7 à R 2213-12 du CGCT
(2) Articles R 2213-7 à R 2213-12 ; R 2223-76 du CGCT
(3) Article R 2223-95 du CGCT

7. DISPOSITIONS FINANCIERES

7.1. TARIFS DES CONSULTATIONS EXTERNES

Les tarifs des consultations et actes pratiqués à titre externe à l'hôpital sont affichés ; ils correspondent aux tarifs appliqués par les praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés avec l'assurance maladie. Tout patient ne bénéficiant pas d'une couverture sociale ou ne pouvant justifier de l'ouverture de droits à un quelconque organisme de prévoyance, doit s'acquitter de l'intégralité des soins externes sur le site. Lorsqu'il bénéficie d'un "tiers payant" pour la part sécurité sociale, le patient paie seulement le ticket modérateur sauf situation d'exonération spécifique ou de prise en charge par un autre organisme tiers. La Permanence d'Accès aux Soins de Santé ou le service social hospitalier peut intervenir pour l'accès aux consultations des personnes dépourvues de ressources suffisantes.

7.2. FRAIS DE SEJOUR HOSPITALIER

7.2.1. Régimes d'hospitalisation

Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier lequel comprend des chambres à un ou deux lits.

Lorsque l'état d'un malade requiert son isolement en chambre à un ou deux lits, il y est admis dans les meilleurs délais, tout en demeurant placé sous le régime commun.

Lorsqu'un malade opte pour le régime particulier, l'option est formulée par écrit, dès l'entrée du malade, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant, après que l'intéressé ait pris connaissance des conditions particulières qu'implique le choix de cette catégorie ; l'engagement de payer les suppléments aux tarifs en vigueur, qui doivent être précisément indiqués, doit être signé en même temps, sous réserve, en ce qui concerne les assurés sociaux, des conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes prenant en charge les frais de soins.

Hospitalisations et consultations externes en activité libérale

Les malades peuvent être admis, sur leur demande et avec l'accord du médecin intéressé, au titre de l'activité libérale des praticiens temps plein.

En principe, aucun malade ne peut être transféré dans le secteur privé s'il a été admis dans l'établissement au titre du secteur public, ni être transféré dans le secteur public s'il a été admis dans le secteur privé. Le transfert d'un secteur à l'autre peut toutefois, à titre exceptionnel, être autorisé par le Directeur Général sur la demande motivée du malade ou de ses ayants droit et après avis du chef de service.

Outre les consultations publiques, des consultations externes peuvent être effectuées dans le cadre de l'activité libérale que pratiquent certains praticiens hospitaliers.

Le choix du secteur libéral implique, pour les consultations externes, les mêmes conditions particulières que pour les hospitalisations dudit secteur.

L'encaissement des honoraires d'activité libérale est effectué selon les modalités déterminées par la loi.

7.2.2. Tarifs des prestations

Les frais de séjour résultent de l'application de tarifs de prestations représentant le coût d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, fixé par l'Agence Régionale de Santé, commun à l'ensemble des sites hospitaliers du CHU-Hôpitaux de Rouen, facturable et facturé pour toute journée d'hospitalisation au patient ou à un tiers payeur. (1)

7.2.3. Forfait journalier (2)

Le forfait journalier, fixé par arrêté interministériel, représente une participation du malade à ses frais de séjour qui est dû en plus des tarifs de prestations pour chaque journée d'hospitalisation à temps complet. Le forfait journalier doit être réglé à l'Espace Accueil Clientèle du site le jour de la sortie (sauf prise en charge par un tiers payant).

7.2.4. Paiement des frais de séjour et provisions (3)

Lors de l'admission, si les frais de séjour ne peuvent être pris en charge par un organisme tiers, un engagement de payer doit être souscrit, avec versement immédiat et renouvelable - sauf dans les cas d'urgence médicalement constatée - d'une provision calculée sur la base de la durée estimée du séjour (fourniture d'un devis fondé sur l'évaluation en prix de journée du séjour pouvant donné lieu à des ajustements en fonction de la durée du dit séjour). Toujours, sauf dans les mêmes cas d'urgence, les malades étrangers non résidents sont tenus au dépôt préalable et intégral de cette provision à défaut d'un document attestant d'une prise en charge par leur pays d'origine qui soit accepté par le CHU-Hôpitaux de Rouen. Le non-paiement des frais de séjour oblige la Trésorerie du CHU-Hôpitaux de Rouen à exercer des poursuites contre les malades, contre leurs débiteurs ou contre les personnes tenues à l'obligation alimentaire.

7.2.5. Dispositions particulières à certains patients

Les Espaces Accueil Clientèle du CHU peuvent fournir des précisions sur les règles spécifiques applicables à diverses catégories de patients (4) en matière de prise en charge des frais de séjour.

7.2.6. Honoraires des médecins au titre de leur activité libérale

Ces honoraires, à régler indépendamment des frais de séjour hospitalier, sont fixés par entente directe entre le malade et le médecin. Le malade reçoit une information à ce sujet, préalablement à son choix de prise en charge médicale. (5)

7.2.7. Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les malades hospitalisés sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé annuellement. La mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne néanmoins pas lieu à facturation pour les personnes assistant un enfant ou bien un malade en fin de vie.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 174-3 du Code de la Sécurité Sociale
(2) Article L 1744 du Code de la Sécurité Sociale
(3) Article R 6145-5 du CSP
(4) cf 2.8 du RI
(5) cf 2.4.2 du RI

8. DISPOSITIONS RELATIVES AUX PERSONNELS

Le statut du personnel est régi par le Titre I et le Titre IV du Statut Général des Fonctionnaires. Un vade-mecum guide pratique de gestion du personnel non médical précise l'ensemble des règles applicables à la gestion et à l'organisation du personnel de l'établissement. Le statut du personnel médical est quant à lui régi par les textes en vigueur.

8.1. REGLES FONDEES SUR LE RESPECT DU MALADE

8.1.1. Devoir d'information du public (1)

Les personnels hospitaliers répondent aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles énoncées dans les deux rubriques suivantes. Ils participent ainsi à la **transparence** des décisions et des dossiers.

8.1.2. Secret professionnel (2)

Institué dans l'intérêt des malades, qui ont droit au respect de leur vie privée et du secret des informations les concernant, le secret professionnel s'impose à tous, étant précisé que les informations concernant une personne prise en charge par une équipe de soins dans un établissement hospitalier sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe. Le partage entre professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne, requiert son consentement préalable. La violation du secret professionnel est passible de sanctions non seulement disciplinaires mais aussi pénales. Certes, le secret professionnel ne s'applique pas dans les cas de révélation obligatoire prévus par les lois et règlements (3).

Le médecin peut s'affranchir de son obligation de secret dans les deux cas suivants :

- pour informer les autorités judiciaires, médicales ou administratives, de sévices ou privations infligés à un mineur de moins de 15 ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique ;
- pour porter à la connaissance du Procureur de la République et en accord avec la victime, les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ont été commises. S'il estime ne pas devoir révéler des sévices ou privations dont il a eu connaissance, le médecin doit alors prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement. En leur qualité d'autorité constituée, les cadres de direction et les médecins chefs de service - à charge pour ces derniers d'en informer le Directeur - doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13.07.1983 (article 27)
(2) Article L 1110-4 du CSP ; Articles L 226-13 et 14 du Code Pénal ; Articles L 434-1 et 434-11 du Code Pénal ; Article 40 du Code de Procédure Pénale ; Article 44 du Code de Déontologie Médicale ; Articles R4312-5 et 4312-63 du CSP
(3) A titre d'exemples : Article 56 (naissance) et article 80 (décès) du Code Civil; Article L 3113-1 du CSP (certaines maladies contagieuses) ; Article L 3812-2 du CSP (maladies sexuellement transmissibles) ; Articles L 441-6 (accident du travail), L 461-5 et L 461-6 (maladie professionnelle) du Code de la Sécurité sociale; Articles L 3212-1 et L 3213-1 du CSP (maladie mentale nécessitant une hospitalisation) ; Article L.2132-2 du CSP (surveillance sanitaire des enfants en bas âge) ; Articles R 4312-18 et R 4312-26

8.1.3. Obligation de discrétion professionnelle (1)

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les agents hospitaliers sont liés par l'obligation de discrétion professionnelle sur tous les faits et informations dont ils ont connaissance à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions. Le secret couvre tout ce qui leur a été confié, mais également ce qu'il ont vu, entendu ou compris. Cette obligation s'applique également aux propos qui peuvent être tenus sur les réseaux sociaux.

En dehors des cas expressément prévus par la réglementation en vigueur, notamment en matière de liberté d'accès aux documents administratifs, les personnels ne peuvent être déliés de cette obligation de discrétion professionnelle que par décision expresse de la Direction Générale. Ces dispositions s'appliquent notamment à l'égard des journalistes, agents d'assurance et démarcheurs.

8.1.4. Devoir général de réserve - Respect de la liberté de conscience et d'opinion

Tout agent doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec l'exercice de ses fonctions. Il est tenu, dans l'exécution de son service, au devoir de stricte neutralité qui s'impose à tout agent collaborant au service public. Il doit s'abstenir de tous propos, discussions ou comportements excessifs ou déplacés, susceptibles d'importuner ou de choquer les malades, les visiteurs et les autres agents du site. La liberté de conscience et d'opinion est rigoureusement respectée. Aucune propagande ou pression, quel qu'en soit l'objet, ne doit être exercée sur les malades ou sur leurs familles. Aucune marque extérieure d'appartenance religieuse ou politique n'est acceptée sur les lieux de travail.(2) Le droit syndical des personnels de l'hôpital s'exerce conformément à la réglementation en vigueur (3) en tenant compte des nécessités de service et dans le respect du principe de neutralité du service public vis-à-vis des usagers.

8.1.5. Respect du confort des malades

Les personnels s'efforcent, sans distinction de grade ou de fonctions, d'assurer au mieux le confort physique et moral des malades dont ils ont la charge. D'une manière générale, ils prennent toutes dispositions, dans l'exercice de leurs fonctions, pour contribuer personnellement au climat de sécurité, de calme et de sécurité indispensable au sein de locaux hospitaliers.

Le soulagement de la souffrance des malades doit être une préoccupation constante de tous les personnels. (4)

Par son comportement, chaque membre du personnel participe à la lutte contre le bruit (tout particulièrement la nuit) dans les services de soins.

Texte(s) de Référence
(1) Article L 1110-4 du CSP ; Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 26) ; Article R. 4312-9 du CSP
(2) Circulaire DHOS/G/2005/57 du 2/02/2005 relative à la laïcité
(3) Loi n° 86-33 du 09/01/1986 (art 96 à 98), Décret n° 86-660 du 19/03/1986
(4) Charte de la personne hospitalisée ; article R4312-19

8.1.6. Exigence d'une tenue correcte

La tenue est un élément du respect dû aux malades. Une tenue correcte, tant dans l'habillement que dans le langage, est exigée de l'ensemble des personnes travaillant à l'hôpital. La familiarité à l'égard des malades est formellement proscrite. (1)

8.1.7. Identification vis-à-vis des interlocuteurs

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles et sauf exceptions décidées par le Directeur Général, les personnels de l'hôpital en contact avec les hospitalisés ou le public portent des tenues fournies par l'établissement qui sont adaptées à leurs emplois et secteurs d'activité et qui mettent en évidence, pendant l'exécution de leur service, leur nom, leur prénom et leur qualité. Ces dispositions s'appliquent également aux personnels des associations visées dans le présent règlement (2).

8.1.8. Accueil et respect du libre choix des familles

L'accueil et l'information des familles s'effectuent avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Sous peine de sanctions, le libre choix des familles est rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à une entreprise de transport sanitaire ou à un opérateur funéraire ; les listes des entreprises agréées par la Préfecture sont mises à leur disposition. De même les personnels de l'hôpital s'abstiennent de servir d'intermédiaire pour des associations ou entreprises proposant la mise à disposition de produits de santé (appareillages inclus).

Texte(s) de Référence
Article R. 4312-11 du CSP
(2) cf. 4.2.4 du RI

8.2. AUTRES REGLES DE COMPORTEMENT PROFESSIONNEL

8.2.1. Obligation de désintéressement – Obligation de déclaration d'intérêts

Les personnels de l'hôpital ne peuvent prendre, par eux-mêmes ou par personnes interposées, des intérêts dans une entreprise en relation avec le CHU-Hôpitaux de Rouen qui soient de nature à compromettre leur indépendance (1). S'ils ont un intérêt direct ou indirect dans le fonctionnement d'une telle entreprise, ils doivent en informer l'Administration pour lui permettre de gérer le risque de conflit d'intérêts, dès lors qu'ils participent au sein de l'hôpital à des activités susceptibles de les mettre en relation directe ou indirecte avec cette entreprise ou s'ils sont impliqués dans la mise en œuvre d'une procédure d'achat dans le secteur d'activité de cette entreprise.

Sont applicables dans ce domaine des sanctions non seulement disciplinaires mais pénales.

8.2.2. Interdiction d'exercer une activité privée lucrative (1)

Les personnels de l'hôpital (titulaires ou stagiaires) sont tenus de se consacrer à leur fonction. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit, même à temps partiel. Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls d'emplois ou de rémunération (notamment missions d'enseignement, d'expertise, production d'œuvres scientifiques, littéraires ou artistiques), ainsi que sur l'activité libérale des praticiens plein temps. En fonction des activités, les personnels doivent soit demander une autorisation d'exercice, soit en informer préalablement l'employeur.

8.2.3. Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces

Il est interdit aux personnels de l'hôpital de bénéficier d'avantages en nature ou en espèces, provenant d'entreprises qui assurent des prestations, produisent ou commercialisent des produits pris en charge par les régimes de Sécurité Sociale.

Les agents ne peuvent accepter des malades ou de leurs familles aucune rémunération ni pourboire lié à l'exécution de leur service (2).

8.2.4. Interdiction de consommer et d'introduire de l'alcool sur le lieu de travail (3)

Il est interdit aux personnels de l'hôpital d'introduire et de consommer de l'alcool sur le lieu de travail sauf sur demande motivée et autorisation de la Direction.

Les agents ne doivent pas se présenter sur leur lieu de travail dans un état d'ébriété ou de conscience altérée du fait de la consommation d'alcool ou de produits psychotropes prohibés. Ces faits sont passibles de sanctions disciplinaires. L'employeur est en droit de réaliser des éthylotests pour des agents présentant des signes manifestes d'ébriété, dans le but de faire cesser immédiatement la situation et préserver ainsi la sécurité des personnels et des patients

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 25) ; Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007; Article R. 4312-6 et R. 4312-31 du CSP
(2) cf. 4.3.5 du RI ; Article R. 4312-29 du CSP
(3) Art. R. 4228-20 / R. 4228-21 code du travail

8.2.5. Exécution des instructions reçues (1)

Tout agent de l'hôpital, quel que soit son rang dans la hiérarchie, est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées. Il a l'obligation de se conformer aux instructions de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public. Il n'est déchargé d'aucune des responsabilités qui lui incombent par la responsabilité propre de ses subordonnés. En cas d'empêchement d'un agent chargé d'un travail déterminé et en cas d'urgence, aucun autre agent ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions ou son grade. Certes, l'application de cette disposition ne peut faire échec aux règles d'exercice des professions réglementées par des dispositions législatives.

Le droit de grève s'exerce dans le cadre des lois qui le réglementent. Le caractère de service public hospitalier justifie, en cas de grève, le recours au service minimum dégagé par la jurisprudence. Le Directeur Général a le droit d'assigner au service des agents indispensables à son fonctionnement minimum, selon les règles en vigueur établies après concertation avec les organisations syndicales.

8.2.6. Assiduité et ponctualité

Tout agent est tenu d'exercer ses fonctions au sein de l'hôpital avec l'assiduité et la ponctualité indispensables au bon fonctionnement du service public hospitalier ; il respecte ses horaires de travail établis en application des dispositions fixées au niveau national (2) et fixés par tableaux de services.

8.2.7. Information du supérieur hiérarchique

Tout agent avise son supérieur hiérarchique, dans les meilleurs délais, des situations le plaçant dans l'impossibilité d'assurer une vacation de travail planifiée ainsi que des incidents de toute nature dont il a connaissance à l'occasion de son service. De même, tout agent amené à conduire un véhicule de l'Administration dans le cadre de ses fonctions doit obligatoirement et immédiatement informer son supérieur hiérarchique de toute mesure de suspension ou d'annulation du permis de conduire dont il peut être l'objet.

8.2.8. Obligation de signalement des incidents ou risques (3)

Tout agent doit déclarer immédiatement tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament ou à un produit mentionné à l'article R. 5121-150 du code de la santé publique, dont il a connaissance, au centre régional de pharmacovigilance.

Tout agent qui a connaissance d'un événement indésirable concernant tout secteur de la vie hospitalière est tenu de le signaler. Il adresse son signalement selon les procédures définies et, en l'absence de toute autre procédure de signalement spécifique à l'événement déclaré, à la Direction.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n° 83-634 du 13/07/1983 (article 28) ; Loi n° 86-33 du 09/01/1986 (article 99)
(2) Ordonnance n° 82-272 du 26/03/1982 (personnels non médicaux) ; Décret 2002-9 du 04/01/2002
(3) Articles L 5126-5, R 5121-150 à 153, R 5121-161, R 5121-196 du CSP (pharmacovigilance) ; L 1221-13, R 1221-40 du CSP (hémovigilance) ; L 5212-2, R 5212-12, R 5212-14 à 22 du CSP (matéiovigilance)

8.2.9. Témoignage en justice ou auprès de la police

Lorsqu'ils sont appelés à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, les personnels préviennent le Directeur et l'informent des suites à l'issue de leur audition.

8.2.10. Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel veillent à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par le CHU-Hôpitaux de Rouen. L'hôpital est amené à exiger un remboursement en cas de dégradation volontaire ou d'incurie caractérisée.

8.2.11. Bonne utilisation du système d'information

Chaque agent, dans ses propres situations de travail, doit se conformer aux bonnes pratiques d'utilisation du système par lequel l'administration met à sa disposition les technologies de l'information et de la communication. Il doit appliquer les dispositions légales en la matière (1) en respectant les chartes et règlements que l'institution se donne. Dans le respect des lois, l'administration exerce la surveillance du système d'information et de l'utilisation qui en est faite par ses professionnels, sous réserve d'une information préalable.

8.2.12. Obligation de déposer les biens confiés par les malades ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent hospitalier ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs qui lui serait confiés exceptionnellement par des malades. Ces biens sont déposés sans délai auprès du régisseur du site ou, en dehors des heures d'ouvertures de la régie, dans un coffre destiné à cet usage (2). Tout bien découvert ou trouvé au sein de l'hôpital est directement remis au cadre désigné par le Directeur, pour en organiser la conservation et en assurer la restitution.

8.2.13. Interdiction de diffuser des propos injurieux ou diffamatoires sur les réseaux sociaux

En cas de publication de propos diffamatoires et/ou d'injures contre l'établissement ou envers un personnel sur un réseau social, l'internaute pourra être condamné jusqu'à 45 000 euros d'amende et un an d'emprisonnement (3).

8.2.14. Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Les personnels de l'hôpital observent strictement les règles d'hygiène et de sécurité qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent notamment à cet effet porter en présence des patients les tenues fournies par l'établissement et respecter l'interdiction de fumer (4). Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention prises pour assurer l'hygiène et la sécurité générale de l'établissement et de ses usagers ; ils se soumettent aux mesures de surveillance de leur état de santé et de prévention des risques professionnels qui sont organisées sur les lieux de travail en fonction de leurs emplois (visite médicale

périodique, suivi de santé pour les professionnels affectés dans des secteurs à risque particulier, mesures spécifiques à certains postes de travail). Un membre du personnel peut se retirer d'une situation de travail présentant à son avis un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé sous réserve de ne pas créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent et d'en informer la Direction (5).

En service de soins, le port de bijoux est interdit et les agents doivent veiller à leur hygiène capillaire (ex : cheveux attachés...).

Le port des tenues professionnelles est interdit au self.

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée notamment par la Loi n°2004-81 du 06.08.2004
(2) cf 4.1.2 du RI
(3) Article 32 de la Loi du 29 juillet 1881 sur la Liberté de Presse ; Article R. 4312-25 et R. 4312-28 du CSP
(4) cf 1.3.3.4 du RI
(5) Articles L 4131-1 et suivants ; L 4132-1 et suivants du Code du Travail

8.3. Droits du personnel (1)

Les agents bénéficient, pour l'essentiel, des mêmes libertés publiques que les autres citoyens.

Le comportement et les propos de chacun au sein de l'établissement doivent être adaptés aux principes élémentaires de civilité qui régissent les relations sociales.

8.3.1. Liberté d'opinion - non discrimination

La liberté d'opinion est garantie aux fonctionnaires.

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme, de leur état de santé, de leur apparence physique, de leur handicap ou de leur appartenance ou de leur non-appartenance, vraie ou supposée, à une ethnie ou une race.

Toutefois des distinctions peuvent être faites afin de tenir compte d'éventuelles inaptitudes physiques à exercer certaines fonctions. (2)

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. (3)

La carrière d'un fonctionnaire candidat ou élu ne saurait être affectée par les votes ou opinions émis au cours de leur campagne électorale ou de leur mandat.

De même, la carrière des fonctionnaires siégeant, à un autre titre que celui de représentants d'une collectivité publique, au sein d'une institution prévue par la loi ou d'un organisme consultatif placé auprès des pouvoirs publics ne saurait être influencée par les positions qu'ils y ont prises.

8.3.2. Protection contre le harcèlement

La carrière de l'agent ne pourra en aucune manière être affectée en raison de la circonstance qu'il aura subi ou refusé de subir des agissements de toute personne qui, abusant de son autorité, aura tenté d'obtenir des faveurs à caractère sexuel. Les agents qui auront relaté ou témoigné sont également protégés.

Aucun agent ne doit subir les agissements répétés de harcèlement moral qui ont pour objet ou pour effet une dégradation des conditions de travail susceptible de porter atteinte à ses droits et à sa dignité, d'altérer sa santé physique ou mentale ou de compromettre son avenir professionnel. (4)

Une Cellule « Veille, Alerte, Intervention » (CAVI) est en place, destinée à l'identification des situations professionnelles individuelles et collectives perçues ou ressenties comme délétères pour la santé. Tout personnel de l'établissement s'estimant exposé à un risque psychosocial peut saisir la CVAI à l'adresse suivante Alerte-celluleVAI@chu-rouen.fr

8.3.3. Liberté d'expression

La liberté d'expression est garantie au fonctionnaire, dans le respect d'une part de l'obligation de stricte neutralité, d'autre part du devoir de réserve. (5)

8.3.4. Liberté syndicale - droit de grève

Le droit syndical est garanti aux fonctionnaires. Les intéressés peuvent librement créer des organisations syndicales, y adhérer et y exercer des mandats.

Les fonctionnaires exercent le droit de grève dans le cadre des lois qui le réglementent.

8.3.5. Protection organisée des agents

Les agents bénéficient, à l'occasion de leurs fonctions, d'une protection organisée par l'établissement dont ils dépendent, conformément aux règles fixées par le code pénal et les lois spéciales.

Lorsqu'un agent a été poursuivi par un tiers pour faute de service et que le conflit d'attribution n'a pas été élevé, l'établissement doit, dans la mesure où une faute personnelle détachable de l'exercice de ses fonctions n'est pas imputable à cet agent, le couvrir des condamnations civiles prononcées contre lui.

L'établissement est tenu de protéger les agents contre les menaces, violences, voies de fait, injures, diffamations ou outrages dont ils pourraient être victimes à l'occasion de leurs fonctions, et de réparer, le cas échéant, le préjudice qui en est résulté.

(" La collectivité publique est tenue d'accorder sa protection à l'agent ou à l'ancien agent dans le cas où il fait l'objet de poursuites pénales à l'occasion de faits qui n'ont pas le caractère d'une faute personnelle. ")

8.3.6. Droit d'accès à son dossier administratif

Tout agent a accès à son dossier individuel dans les conditions définies par la loi. Les demandes doivent être adressées à la Direction des Ressources Humaines.

8.3.7. Dispositions relatives à l'organisation du temps de travail

Au sein du CHU-Hôpitaux de Rouen, les diverses dispositions prises relativement au temps de travail et aux droits afférents sont rassemblées dans un guide du temps de travail disponible auprès de la Direction des Ressources Humaines et sur le site Intranet du CHU.

8.3.8. Hygiène et sécurité des conditions de travail

Des conditions d'hygiène et de sécurité de nature à préserver leur santé et leur intégrité physique sont assurées aux agents durant leur travail.

8.3.9. Droit à la formation

Le droit à la Formation Professionnelle Tout au Long de la Vie (FPTLV) est reconnu aux agents, selon les conditions et modalités définies par Décret.

Ceux-ci peuvent être tenus de suivre des actions de formation professionnelle dans les conditions fixées par les statuts particuliers.

Sans préjudice des actions de formation professionnelle prévues par les statuts particuliers, tout agent bénéficie chaque année, en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation.

Par ailleurs, les professionnels de santé doivent participer à un programme de

développement professionnel continu collectif, annuel ou pluriannuel (6). Ce dispositif a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Le CHU s'organise pour permettre aux professionnels de santé concernés de satisfaire à cette obligation.

Les actions de formation suivies au titre du Droit Individuel à la Formation (DIF) ont lieu pendant le temps de travail.

Les fonctionnaires peuvent également bénéficier de périodes de professionnalisation comportant des actions de formation en alternance et leur permettant soit d'exercer de nouvelles fonctions au sein d'un même corps ou cadre d'emplois, soit d'accéder à un autre corps ou cadre d'emplois (7).

Texte(s) de Référence
(1) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires
(2) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Ordonnance n°2005-901 du 2 août 2005
(3) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005
(4) Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 Loi n°2005-843 du 26 juillet 2005
(5) Loi n°2007-224 du 21 février 2007
(6) Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
(7) Loi n°2007-148 du 2 février 2007

9. CHARTE DU BON USAGE DES TECHNOLOGIES NUMERIQUES (annexe 10)

La Charte du bon usage des technologies numériques et des systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) – Hôpitaux de Rouen est un élément constitutif de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information, document fondateur de la démarche de sécurisation des systèmes d'information du CHU-Hôpitaux de Rouen.

L'environnement numérique permettant de supporter les activités métiers est constitué d'un ensemble de composants techniques et logiciels. Ces composants sont soumis à des risques, identifiés au sein d'une Analyse des Risques et traités par la mise en œuvre d'un programme de sécurité.

Ces risques peuvent être les suivants :

- Risques touchant à la sécurité du réseau, des matériels et des applications,
- Risques liés au non-respect de la confidentialité, du secret médical et du secret professionnel,
- Risques d'atteinte à la propriété intellectuelle,
- Risques liés au non-respect de la loi Informatique et Libertés
- Risques liés aux processus d'habilitation, de création et d'usage des accès aux données.

Pour prévenir ces risques et assurer à l'information le degré de sécurité requis, il est indispensable de protéger les systèmes utilisés par le CHU-Hôpitaux de Rouen. Il convient également de prévenir le risque d'une utilisation malveillante de l'information.

La Charte du bon usage des Technologies Numériques a pour vocation de définir les règles à respecter par les utilisateurs lorsqu'ils utilisent les ressources informatiques mises à leur disposition pour exercer leur activité professionnelle.

Les conditions d'utilisation des moyens et ressources informatiques décrits dans la présente charte s'imposent de plein droit à toute personne utilisatrice des ressources informatiques du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Ce texte complète le règlement intérieur de l'établissement. Il a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs, conforme avec la législation, afin d'instaurer un bon usage des ressources informatiques.

Les conditions d'usage des technologies numériques imposées par la présente Charte s'appliquent à toute personne sous contrat avec le CHU, dans le plein respect du règlement intérieur.

10. CONDITIONS GENERALES D'UTILISATION DE LA MESSAGERIE SECURISEE DE SANTE

Le Centre Hospitalier Universitaire – Hôpitaux de Rouen a mis en œuvre et déployé le système de messagerie sécurisée de Santé (MSSanté) conçu par l'Agence Nationale des Systèmes d'Informations Partagés de Santé (ASIP Santé).

Ce service est proposé aux professionnels de santé exerçant dans l'établissement afin de favoriser les échanges par courrier électronique en les rendant plus sûrs, plus simples, tout en protégeant leur responsabilité, avec tout professionnel de santé adhérent MSSanté.

Ce système intègre l'accès à un annuaire commun et certifié de l'ensemble des professionnels de santé.

Les conditions générales d'utilisation définissent les règles à respecter par les utilisateurs lorsqu'ils utilisent cette messagerie mise à leur disposition pour exercer leur activité professionnelle. Elles sont décrites dans la présente charte et s'imposent de plein droit à toute personne du CHU-Hôpitaux de Rouen utilisatrice du système MSSanté.

Ce texte complète le règlement intérieur de l'établissement. Il a pour objet de préciser la responsabilité des utilisateurs.

Les conditions d'usage imposées par le présent document s'appliquent à toute personne sous contrat avec le CHU, dans le plein respect du règlement intérieur.

11. PROCEDURE DE MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Conformément au Code de la Santé publique (1), le règlement intérieur de l'établissement est arrêté par la Directrice Générale après concertation avec le Directoire, et après avis de la Commission Médicale d'Etablissement, du Comité Technique d'Etablissement, du CHSCT-CHU-HR, et du Conseil de surveillance du CHU Hôpitaux de Rouen. La Commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) est informée des modifications portées au règlement intérieur.

Les modifications à apporter au règlement intérieur du CHU-Hôpitaux de Rouen sont adoptées dans la même forme et selon la même procédure que celles décrites ci-dessus.

Texte(s) de Référence
(1) Articles L 6143-1, L 6143-7, R. 6144-1, R 6144-40 du CSP

ANNEXE 1

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
91/213



CONSEIL DE SURVEILLANCE

Règlement Intérieur

Validé le 18 octobre 2016



Préambule

Le présent Règlement Intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales et réglementaires applicables au Conseil de Surveillance, et d'en définir les règles et modalités de fonctionnement complémentaires.

Il s'impose à tous les membres du Conseil de Surveillance, aux participants ayant une voix consultative, ainsi qu'à l'ensemble des personnes éventuellement invitées.

Chapitre 1: Attributions et compétences

Art 1 : Le Conseil de Surveillance se prononce sur la stratégie de l'établissement, et délibère à ce titre sur:

- le projet d'établissement ;
- la convention constitutive du CHU, les conventions passées en application de l'article L6142-5 du CSP ;
- le compte financier et l'affectation des résultats ;
- toute mesure relative à la participation à une communauté hospitalière de territoire, et tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
- le rapport annuel d'activité présenté par le directeur ;
- toute convention entre l'établissement et un des membres du directoire ou du conseil de surveillance ;
- les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;
- les demandes d'autorisation ou de renouvellement prévues par l'article L. 6122-1 du code de la santé publique pour les activités de soins ou les équipements matériels lourds.
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du code de la santé publique. (Loi n°2015-990 du 6 août 2015, article 177 modifiant l'article L.6143-1 CSP)

Le Conseil de Surveillance délibère au moins une fois par an sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, sur la base d'un rapport présenté par la commission des usagers. (Loi du 26 janvier 2016 pour la modernisation du système de santé).

Art 2 : Le Conseil de Surveillance exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement:

- il communique au Directeur régional de l'Agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel d'activité et sur la gestion du CHU;
- il opère à tout moment les vérifications et contrôles jugés opportuns, peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à cet effet ;
- Dans le cadre de la certification des comptes du CHU, il nomme, le cas échéant, le commissaire aux comptes ;
- il entend le directeur sur l'EPRD et le programme d'investissement ;
- il détermine le montant des loyers et des charges mensuels que les fonctionnaires logés par utilité de service sont tenus de rembourser au CHU.

Art 3 : Le Conseil de Surveillance donne son avis sur:

- la politique d'amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, baux de plus de 18 ans, baux emphytéotiques et contrats de partenariat ;
- le règlement intérieur de l'établissement.
- La participation de l'établissement à un groupement hospitalier de territoire

En outre, le Conseil de Surveillance est consulté, pour avis, sur la demande de l'établissement visant à être inscrit sur la liste nationale des centres hospitaliers régionaux comportant un centre antipoison. Le rapport annuel d'activité du centre antipoison, assorti d'une évaluation de ses pratiques et de son organisation, est soumis à la délibération du Conseil de Surveillance.

Il est aussi consulté, pour avis, lorsque le directeur général de l'Agence Régionale de Santé envisage de confier à l'établissement la mission de dispenser des soins aux détenus, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire. Le Conseil de Surveillance donne en outre son avis sur le protocole définissant les modalités d'intervention de l'établissement en la matière.

Le Conseil de Surveillance est destinataire, pour information, du rapport annuel établi par la commission de l'activité libérale sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Le président du Conseil de Surveillance peut saisir la commission de l'activité libérale de toute question relative à l'exercice de l'activité libérale des praticiens dans l'établissement qui peut elle-même lui soumettre toute question ou proposition relative à ce même sujet.

Art 4 : Le Conseil de Surveillance est informé sur:

- l'état du patrimoine de l'établissement ainsi que sur les concessions de logement par nécessité absolue de service ou par utilité de service, et de leur répartition entre les différents bénéficiaires ;
- le bilan d'exécution des dépenses d'investissement et d'entretien afférentes aux logements concédés dans le patrimoine du CHU ;
- les résultats de la comptabilité analytique couvrant la totalité des activités et des moyens de l'établissement, communiqués par le directeur ;
- la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement, par un rapport annuel présenté par le président de la CME, vice-président du directoire ;
- le résultat des opérations réalisées en application des décisions du directeur de déroger à l'obligation de dépôt auprès de l'Etat des fonds provenant des recettes perçues au titre d'activités subsidiaires telles que les prestations de service, la valorisation des activités de recherche et de leurs résultats, et l'exploitation des brevets et licences dans le cadre de services industriels et commerciaux ;
- la nomination ou la révocation par le directeur des membres du directoire ;
- les résultats d'exploitation des questionnaires remis aux hospitalisés afin de recueillir leurs appréciations et observations.
- Un débat relatif au rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes est également inscrit à l'ordre du jour de la première réunion du conseil de surveillance suivant la notification de ce rapport dont un exemplaire est adressé à chacun des membres du conseil.

Le président du Conseil de Surveillance est tenu informé des conclusions des contrôles, relatifs à l'exécution des lois et règlements qui se rapportent à la santé publique, menés dans l'établissement.

Chapitre 2: Composition

Art 5 : Le Conseil de Surveillance est composé de 15 membres ayant voix délibérative, répartis entre trois collèges de 5 membres chacun :

Collège des représentants des collectivités territoriales

1. le maire de Rouen, commune siège du CHU, ou son représentant
2. le représentant de la CREA
3. le président du Conseil Départemental de la Seine- Maritime ou son représentant (Décret n°2013-938 du 18 octobre 2013, article 1 modifiant l'article R. 6143-2 CSP).
4. le représentant du Conseil Départemental de l'Eure
5. le représentant du Conseil Régional de Normandie

Collège des représentants du personnel

1. deux représentants élus de la CME
2. deux représentants désignés par les organisations syndicales les plus représentatives compte tenu des résultats obtenus lors des élections au Comité technique d'établissement
3. un Représentant élu de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT)

Collège des personnalités qualifiées

1. deux personnalités qualifiées désignées par le directeur de l'agence régionale de santé de Normandie
2. une personnalité qualifiée désignée par Monsieur le Préfet de la Seine-Maritime
3. deux représentants des usagers désignés par Monsieur le Préfet de la Seine-Maritime

Art 6 : Participent au conseil de surveillance, avec voix consultative :

- le président de la CME, vice-président du directoire ;
- le directeur général de l'Agence Régionale de Santé ou son représentant ;
- le représentant de la structure chargée de la réflexion d'éthique ;
- le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie Rouen Elbeuf Dieppe Seine-Maritime ;
- le directeur de l'UFR de médecine et de pharmacie de l'université de Rouen, vice-président doyen du directoire ;
- un représentant des familles des personnes accueillies dans les services délivrant des soins de longue durée ou dans l'établissement d'hébergement pour personnes âgées.

Art 7 : Le directeur de l'établissement participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.
Il peut être assisté par les personnes de son choix.

Chapitre 3: Présidence et vice-présidence.

Art 8 : Modalités d'élection du président.

Avant l'élection du président, la présidence de séance est assurée par le doyen d'âge et le secrétariat de séance est assuré par le membre le plus jeune.

Le Conseil de Surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de 5 ans. Si le président du Conseil de Surveillance cesse d'être membre du conseil de surveillance, un nouveau président est élu selon les mêmes modalités, pour la durée du mandat de président qui reste à courir.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux 2 premiers tours, un 3ème tour est organisé au cours duquel la majorité relative suffit. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

Art 9 : Désignation du vice-président.

Le président du Conseil de Surveillance désigne, parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, un vice-président qui préside le Conseil de Surveillance en son absence.

Chapitre 4: Conditions d'exercice des fonctions des membres.

Art 10 : Incompatibilités.

Nul ne peut être membre du Conseil de Surveillance à plus d'un titre.

Nul ne peut être membre du Conseil de Surveillance :

- s'il encourt l'une des incapacités prévues par les articles L5 et L 6 du code électoral ;
- s'il est membre du directoire ;
- s'il a personnellement ou par l'intermédiaire de son conjoint, de ses ascendants ou descendants en ligne directe un intérêt, direct ou indirect, dans la gestion d'un établissement de santé privé ;
- s'il est lié à l'établissement par contrat ;
- s'il est agent salarié de l'établissement, sauf en ce qui concerne les représentants du personnel ;
- s'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou s'il est membre du conseil de surveillance de l'agence régionale de santé

Art 11 : Durée de mandat.

Le mandat des membres du Conseil de Surveillance est de 5 ans.

Art 12 : Fin de mandat et démission d'office.

Le mandat des membres prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés, sous réserve des dispositions suivantes :

Le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces assemblées. Toutefois ces membres continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants par la nouvelle assemblée.

Le mandat des membres désignés sur proposition des organisations syndicales les plus représentatives prend fin lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois, ils continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Tout membre qui tombe sous le coup d'une incompatibilité ou incapacité doit présenter sa démission ou, à défaut, est déclaré démissionnaire d'office par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Tout membre qui, sans motif légitime, s'abstient pendant un an d'assister aux séances du Conseil de Surveillance est réputé démissionnaire. Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé constate cette démission et la notifie à l'intéressé. Il est alors remplacé dans un délai d'un mois à compter de cette notification.

Art 13 : Modalités de remplacement.

Si un membre cesse ses fonctions avant la date d'expiration de son mandat, il est pourvu à son remplacement dans un délai de trois mois, dans les mêmes conditions.

Art 14 : Droits et obligations des membres.

Les fonctions de membre de Conseil de Surveillance sont exercées à titre gratuit.

Les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions.

Les membres du conseil de surveillance peuvent bénéficier du congé de représentation prévu à l'article

L. 3142-51 du code du travail pour les salariés, membres d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et désignés comme représentants de cette association pour siéger dans une instance telle que le Conseil de Surveillance des établissements de santé.

Les membres du Conseil de Surveillance, ainsi que les autres personnes présentes lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel.

Chapitre 5: Organisation et déroulement des réunions.

Art 15 : Fréquence des réunions.

Le conseil se réunit au moins 4 fois par an.

Art 16 : Les séances ne sont pas publiques.

Art 17 : Modalités de convocation des membres.

Le Conseil de Surveillance se réunit pour la première fois sur convocation du président du directoire.

Il se réunit ensuite sur convocation de son président, ou à la demande du tiers de ses membres.

Art 18 : Ordre du jour.

L'ordre du jour est arrêté par le président du conseil de surveillance et adressé au moins 7 jours à l'avance à l'ensemble des membres, ainsi qu'aux personnes siégeant à titre consultatif.

Le délai peut être abrégé par le président en cas d'urgence.

Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé peut demander l'inscription de toute question à l'ordre du jour.

Art 19 : Suspension ou renvoi de séance.

Le président peut suspendre la séance ou prononcer son renvoi. Dans ce cas le Conseil de Surveillance est réuni à nouveau dans un délai compris entre 3 et 8 jours.

Art 20 : Quorum

Le conseil ne peut délibérer valablement que lorsqu'au moins huit de ses membres sont présents.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion du Conseil de Surveillance est organisée dans un délai de 3 à 8 jours avec le même ordre du jour. Le Conseil de Surveillance peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Au début de cette seconde réunion, le conseil peut décider le renvoi de tout ou partie de l'ordre du jour à une séance ultérieure, convoquée selon les règles habituelles.

Art 21 : Modalités de votes.

Lorsqu'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu au scrutin secret si l'un des membres présents en fait la demande.

En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé. En cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Art 22 : Modalités de conservation et de communication des délibérations.

Sous la responsabilité du président du directoire, les délibérations sont conservées dans un registre tenu à la disposition des membres du conseil de surveillance et du public qui peuvent le consulter sur place.

Ils peuvent également obtenir des copies ou des extraits des délibérations.

Les délibérations sont transmises sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé.

Les conclusions du débat ayant suivi la présentation du rapport de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge sont aussi transmises à la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Art 23 : Procès verbal de séance.

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un procès verbal de séance dans les 15 jours suivant chaque réunion du conseil de surveillance.

Chaque séance fait l'objet d'un enregistrement audio, qui est systématiquement détruit après l'approbation du procès-verbal de séance.

Art 24 : Caractère exécutoire des délibérations.

Les délibérations du Conseil de Surveillance relatives :

- à la convention constitutive des CHU et aux conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique ;
- au rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
- aux statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
- Les prises de participation et les créations de filiales mentionnées à l'article L. 6145-7 du code de la santé publique. (Loi n°2015-990 du 6 août 2015, article 177 modifiant l'article L.6143-4 CSP)

sont exécutoires si le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé n'y fait pas opposition dans les deux mois qui suivent soit la réunion du conseil de surveillance s'il y a assisté, soit la réception de la délibération dans les autres cas.

Les délibérations relatives au compte financier et à l'affectation des résultats sont exécutoires de plein droit dès réception par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Les autres délibérations du Conseil de Surveillance sont exécutoires de plein droit.

Chapitre 6 : Moyens de fonctionnement.

Art 25 : Moyens matériels, humains et financiers.

Le Conseil de Surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur.

Art 26 : Secrétariat.

Le directeur fait assurer le secrétariat du Conseil de Surveillance.

Ce secrétariat est assuré par le Secrétariat Général du CHU de Rouen.

Fait à Rouen, le

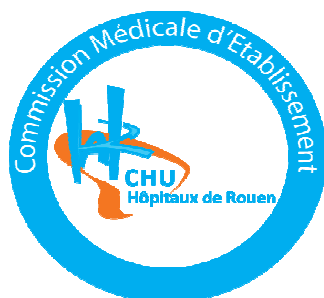
La Présidente du Conseil de
Surveillance

Emmanuèle Jeandet-Mengual

ANNEXE 2

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
102/213

Annexe 2 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA CME



Commission Médicale d'Établissement Règlement Intérieur

Validé en séance le 11 juillet 2016.

I. Attributions de la Commission Médicale d'Établissement

- 1- Attributions générales
- 2- Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

II. Composition

- 1- Membres avec voix délibérative

Collège n°1 :

Collège n°2 :

Collège n°3:

Collège n°4 :

Collège n°5 :

Collège n°6 :

Collège n°7 :

Collège n°8 :

- 2- Membres avec voix consultative

III. Désignation des membres de la CME

- 1- Personnes éligibles et liste électorale
- 2- Scrutin
- 3- Election
- 4- Membres remplaçants
- 5- Durée du mandat

IV. Présidence et Vice-Présidence

- 1- Election du Président
- 2- Durée du mandat
- 3- Fin du mandat ou empêchement temporaire
- 4- Incompatibilités de fonctions
- 5- Missions du Président de la CME
- 6- Comptabilisation du temps consacré aux fonctions de Président et de Vice-Président
- 7- Formation

V. Fonctionnement de la CME

- 1- Le Bureau de la CME
- 2- Convocation et ordre du jour des séances de la CME
- 3- Organisation des débats
- 4- Secrétariat
- 5- Quorum
- 6- Votes

VI. Dispositions communes aux Commissions Médicales d'Établissement et aux Comités Techniques d'Établissement

VII. Modifications du présent règlement

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

103/213

Préambule

Le présent Règlement Intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales et réglementaires applicables à la Commission Médicale d'Établissement (CME), et d'en définir les règles et modalités de fonctionnement.

Il s'impose à tous les membres de la CME, aux participants ayant une voix consultative ainsi qu'à l'ensemble des personnes éventuellement invitées.

Il s'appuie sur les textes de référence ci-dessous :

- Article 5 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires.
- Décret n°2009-1762 du 30 décembre 2009 relatif au Président de la CME, Vice-président de directoire des établissements publics de santé.
- Décret n°2010-439 du 30 avril 2010 modifié relatif à la CME dans les établissements publics de santé.
- Décret n°2016-4291 du 11 mars 2016 relatif à la CME, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé.

I. Attributions de la Commission Médicale d'Etablissement

Pour l'accomplissement de ses missions, la CME établit son règlement intérieur dans le respect de ses compétences. Elle y définit librement son organisation interne sous réserve des dispositions qui suivent.

1. Attributions générales

La CME est consultée, comme le Comité Technique d'Etablissement (CTE), sur les domaines suivants :

- 1° Les projets de délibérations mentionnés à l'article L. 6143-1 du Code de la santé publique :
 - le projet d'établissement
 - la convention constitutive des centres hospitaliers universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 du Code de la santé publique
 - le compte financier et l'affectation des résultats
 - tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé
 - le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le Directeur
 - toute convention intervenant entre l'établissement public de santé et l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance
 - les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement
 - les prises de participation et les créations de filiales.
- 2° Les orientations stratégiques de l'établissement et son plan global de financement pluriannuel
- 3° Le plan de redressement
- 4° L'organisation interne de l'établissement
A ce titre, la CME se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement.
- 5° Les modalités d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants
- 6° La gestion prévisionnelle des emplois et compétences

La CME est également consultée sur les domaines suivants :

- 1° Le projet médical d'établissement
- 2° L'organisation de la continuité et de la permanence des soins (cf COPS)
- 3° La politique en matière de coopération territoriale de l'établissement
- 4° La politique de recherche clinique et de l'innovation de l'établissement
- 5° La politique de formation des étudiants et internes
- 6° La politique de recrutement des emplois médicaux (cf CEM)
- 7° Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)
- 8° Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement
- 9° Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques
- 10° Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social
- 11° Le règlement intérieur de l'établissement
- 12° Le programme d'investissement concernant les équipements biomédicaux et l'innovation technologique (cf.CEBI).

A ce titre, plusieurs Commissions institutionnelles sont placées auprès de la CME ou partagées (commissions mixtes) avec la Faculté de Médecine et de Pharmacie :

- Commissions rattachées à la CME dont le ou les responsables sont nommés par le Président de CME, le(s)quel(s) s'entoure(nt) de membres de la CME (élu(s) ou non) ou hors CME autant que de besoin :
 - ✓ la Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins (COPS) est chargée d'organiser la continuité et la permanence des soins.
 - ✓ la Commission des Equipements Biomédicaux et de l'Innovation (CEBI) participe, en collaboration avec la Direction des Achats, de l'Hôtellerie, de la logistique et de l'Ingénierie Biomédicale (DAHLIB), à la répartition des budgets de pôles délégués et du choix des équipements biomédicaux et de l'innovation technologique.
 - ✓ d'autres commissions institutionnelles peuvent être créées ou sollicitées à l'initiative de la CME selon les besoins ressentis (Projet Médical, Commission de coordination du Parcours de soins des sujets Agés (CcoPA),...).
- Commission(s) mixte(s), hospitalo-universitaires, dont les membres, hospitaliers et hospitalo-universitaires, sont nommés pour moitié par le Président de CME parmi les membres de la CME ou non, et par moitié par le Doyen parmi les membres de la Faculté de Médecine et de Pharmacie :
 - ✓ la Commission des Emplois médicaux (CEM) est chargée de l'analyse des dossiers de candidature au recrutement des emplois médicaux hospitaliers et hospitalo-universitaires (révision annuelle des effectifs) et participe à leur classement. Par convention, un membre hospitalo-universitaire élu de la CME en assure la Présidence en alternance avec un membre de la Faculté tous les 4 ans.

La CME est informée sur les domaines suivants :

- 1° Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement
- 2° Les contrats de pôles

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

106/213

- 3° Le bilan annuel des tableaux de service
- 4° Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- 5° La programmation des travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

2. Attributions dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La CME contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, notamment en ce qui concerne :

- 1° L'organisation globale des soins
- 2° La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter la iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement
- 3° Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire
- 4° La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles
- 5° La prise en charge de la douleur
- 6° Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

La CME contribue à l'élaboration de projets relatifs aux conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, notamment :

- 1° La réflexion sur l'éthique liée à l'accueil et à la prise en charge médicale
- 2° L'évaluation de la prise en charge des patients, et en particulier des urgences et des admissions non programmées
- 3° L'évaluation de la mise en œuvre de la politique de soins palliatifs
- 4° Le fonctionnement de la permanence des soins, le cas échéant par secteur d'activité
- 5° L'organisation des parcours de soins.

En conséquence, la CME :

- 1° Propose au Directeur Général le programme d'actions mentionné à [l'article L. 6144-1](#) Code de la santé publique. Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux mentionnés à l'article [L. 6111-2](#) Code de la santé publique. Il comprend les actions nécessaires pour répondre aux recommandations du rapport de certification et mettre en œuvre les objectifs et les engagements fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement en matière de sécurité des soins et d'amélioration continue de la qualité. Ce programme est assorti d'indicateurs de suivi.
La commission des usagers et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.
- 2° Elabore un rapport annuel présentant notamment l'évolution des indicateurs de suivi.
Le Directeur Général tient le programme d'actions et le rapport annuel à la disposition du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

La CME participe aux comités/commissions mis(es) en place dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Dans le cadre de ses

missions, la CME garantit la représentation médicale dans les différents comités/commissions de l'établissement ayant pour mission de contribuer à la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Par ailleurs, dans le domaine de la qualité, la sécurité des soins et des vigilances, les comités/commissions ou vigilances suivant(e)s sont placé(e)s auprès de la CME :

- Commission des Anti-infectieux (COMAI)
- Commission des Gaz à usage médical
- Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN)
- Comité de Lutte contre les Infections nosocomiales (CLIN)
- Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD)
- Commission des Médicaments et des Dispositifs Médicaux stériles (COMEDIMS)
- Commission Plaie et Cicatrisation
- Commission des Protocoles et des Bonnes Pratiques Cliniques (CPBPC)
- Aide Médicale à la procréation (AMP – vigilance)
- Biovigilance
- Hémovigilance et Sécurité Transfusionnelle
- Identitovigilance
- Matérovigilance
- Logiciovigilance
- Pharmacovigilance
- Radiovigilance
- Réactovigilance
- Thérapie cellulaire ou biothérapie
- Commission EPP - DPC

Les responsables respectifs de ces comités/commissions ou vigilances sont nommés par le Président de la CME. Ces responsables s'entourent alors des personnes compétentes, membres ou non de la CME, utiles et nécessaires au bon fonctionnement de chacune des entités à vocation multidisciplinaire et pluri professionnelle (médicale, soignante, technique, et/ou administrative).

II. Composition

La composition de la CME est fixée comme suit :

1- Membres avec voix délibérative

La CME est composée de **cinquante-six membres avec voix délibérative**. Il est prévu un suppléant pour chaque siège attribué par élection sans qu'il y ait de candidature distincte.

Les sièges sont répartis selon les collèges suivants :

Collège n°1 : Les treize chefs de pôles, membres de droit non élus.

Collège n°2 : quatre représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles.

Un représentant, praticien hospitalier, est élu par les responsables de structure interne praticiens hospitaliers pour chaque site du CHU, soit :

- 1 pour le site Charles Nicolle
- 1 pour le site de Bois Guillaume
- 1 pour le site de Saint Julien
- 1 pour les sites de Boucicaut et Oissel.

Collège n°3 : onze représentants élus des personnels enseignants et hospitaliers titulaires de l'établissement, répartis comme suit :

- 4 en Médecine
- 4 en Chirurgie dont un en Gynécologie Obstétrique
- 1 en Anesthésie Réanimation
- 1 en Imagerie médicale
- 1 en Biologie.

Collège n°4 : onze représentants élus des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement.

- 4 en Médecine
- 3 en Chirurgie dont un en Gynécologie Obstétrique
- 2 en Anesthésie Réanimation
- 1 en Imagerie médicale
- 1 en Biologie.

Collège n°5 : cinq représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral dans l'établissement, répartis comme suit :

- 2 représentants des praticiens hospitaliers contractuels
- 2 représentants des chefs de clinique-assistants ou assistants hospitalo-universitaires (CCA ou AHU) ou assistants spécialistes CHU
- 1 représentant des praticiens attachés ayant au moins trois vacations par semaine.

Collège n°6 : cinq représentants des internes, répartis comme suit :

- 1 représentant des internes en Médecine Générale
- 1 représentant des internes en Spécialités Médicales
- 1 représentant des internes en Spécialités Chirurgicales
- 1 représentant des internes en Pharmacie
- 1 représentant des internes en Odontologie.

Collège n°7 : trois représentants élus des sages-femmes et praticiens en Odontologie, répartis comme suit :

- 2 représentants élus des sages-femmes
- 1 représentant élu des praticiens hospitaliers en Odontologie.

Collège n°8 : 4 représentants des étudiants hospitaliers, répartis comme suit :

- 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en médecine
- 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en pharmacie
- 1 représentant pour les étudiants hospitaliers en odontologie
- 1 représentant pour les étudiants en maïeutique.

3- Membres avec voix consultative

4-

Assistent en outre aux séances de la CME, avec voix consultative :

- 1° Le Président du Directoire, ou son représentant. Il peut être assisté de toute personne de son choix
- 2° Le Directeur (Doyen) de l'UFR de médecine et de pharmacie
- 3° Le Président de la commission de soins infirmiers, de rééducation, et médico-techniques

- 4° Le praticien responsable de l'information médicale
- 5° Le praticien nommé Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins
- 6° Le praticien responsable de la médecine du travail
- 7° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène
- 8° Le représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le Directeur Général
- 9° Le représentant du Comité Technique d'Etablissement (CTE), élu en son sein.

III. Désignation des membres de la CME

1- Personnes éligibles et liste électorale

Nul ne peut être électeur et éligible à plus d'un titre.

La liste des électeurs est établie par collège. Pour les collèges n°5 et n°7, la liste est en outre établie, selon le cas, par catégorie ou par discipline.

Les chefs de pôles, membres de droit de la commission, ne sont pas électeurs.

Sont électeurs dans chacun des collèges, l'ensemble des personnels inscrits sur la liste du collège, en position d'activité ou de congé à la date de clôture définitive de la liste électorale.

Cependant :

- les électeurs inscrits au sein du collège n°5 ne votent que pour les candidats de la catégorie (soit praticiens hospitaliers contractuels, soit chefs de clinique-assistants ou Assistants, hospitalo-universitaires (CCA ou AHU) ou assistants spécialistes CHU, soit praticiens attachés) dont ils relèvent.
- les électeurs inscrits au sein du collège n°7 ne votent que pour les candidats de la catégorie (soit sages-femmes, soit praticiens hospitaliers en odontologie) dont ils relèvent.

Les personnels remplissant les conditions d'inscription fixées pour différents collèges bénéficient d'un droit d'option. Ce choix est exprimé lors de l'inscription dans l'un des collèges des listes électorales. Il est irrévocable.

Le choix individuel d'inscription au sein d'un collège doit être communiqué à la Direction des Affaires Médicales et des Blocs dans le respect de la date d'échéance fixée par le calendrier des opérations électorales.

Les listes électorales peuvent être consultées à la Direction des Affaires Médicales et des Blocs (DAMB) et sur le site intranet du CHU, pendant une période de huit jours fixée par le calendrier établi par la DAMB. Durant ce délai, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations à la DAMB contre les éventuelles erreurs ou omissions de cette liste.

A l'expiration de ce délai, les listes sont définitivement closes.

La liste des éligibles est établie par collège, discipline, groupe de spécialités, par catégorie et subdivisée par corps.

Est éligible l'ensemble des personnels inscrits sur la liste électorale prévue ci-dessus et appartenant au collège, à la discipline, au groupe de disciplines ou à la catégorie concernés.

Cependant, ne sont pas éligibles les personnels des catégories suivantes :

- personnels effectuant une année de stage,
- personnels effectuant une période probatoire d'un an,
- praticiens hospitaliers associés,
- personnels en congés de maladie depuis plus d'un an ou en congé parental à la date de clôture de la liste.

Les déclarations de candidature dûment signées doivent comporter l'indication des noms,

prénoms, qualité ainsi que du collège, de la catégorie, du corps, de la discipline, ou du groupe de spécialités au titre desquels se présentent les intéressés.

Elles sont adressées ou déposées à la DAMB au plus tard quinze jours avant la date du scrutin, le cachet de la poste ou le récépissé de dépôt en main propre à la DAMB faisant foi. Aucune candidature ne peut être déposée ou retirée après cette date.

La liste des candidatures est arrêtée pour chaque collège et par catégorie, corps, discipline ou groupe de spécialités, et affichée à la DAMB jusqu'au jour du scrutin ainsi que sur le site intranet.

Scrutin

La convocation ainsi que l'organisation des élections incombent au Directeur de l'établissement. Il proclame les résultats et arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement.

En dehors des membres de droit, des représentants des internes, des représentants des étudiants et des membres qui assistent avec voix consultative aux réunions de la CME, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

Le vote par correspondance est admis. Les bulletins de vote et les enveloppes sont adressés par la DAMB dans la semaine précédant le vote à la demande des électeurs ne pouvant être présents ou se déplacer le jour du vote.

Les bulletins de vote comportant les noms de l'ensemble des candidats pourront être établis préalablement par l'Administration. Chaque électeur peut rayer des noms de candidats figurant sur la liste. En revanche, les bulletins sur lesquels ont été ajoutés des noms sont déclarés nuls.

L'électeur place son bulletin de vote dans une enveloppe non cachetée, ne comportant aucun signe distinctif. Les électeurs votant par correspondance doivent placer cette enveloppe dans une autre enveloppe cachetée, mentionnant leur identité ainsi que la discipline ou le groupe de disciplines, le collège ou la catégorie au titre desquels le vote est émis. Cette enveloppe est adressée par voie postale ou remise à la DAMB. Elle doit parvenir au bureau de vote avant l'heure de clôture du scrutin.

Les enveloppes qui ne remplissent pas les conditions prévues ci-dessus, les enveloppes parvenues en plusieurs exemplaires sous le nom d'un même électeur, celles comprenant plusieurs enveloppes intérieures, ainsi que celles émanant d'électeurs ayant pris part au vote sur place, ne sont pas prises en compte pour le scrutin.

Le dépouillement du scrutin a lieu en présence du Président de la CME en exercice, de deux candidats appartenant à deux collèges différents désignés par voie de tirage au sort et du Directeur des Affaires Médicales. Les bulletins de vote sont valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

Les bulletins comportant plus de noms que de membres à élire, les bulletins blancs, les bulletins ou enveloppes portant des signes de reconnaissance, ainsi que les bulletins comportant des noms de candidats ne correspondant pas à la discipline, au groupe de spécialités, au collège ou à la catégorie de l'électeur ou le nom de personnes ne figurant pas sur la liste des candidats, sont considérés comme nuls.

2- Election

Pour être élu au premier tour du scrutin, le candidat doit réunir la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au tiers du nombre des électeurs inscrits. Si un second tour de scrutin a lieu, l'élection s'effectue à la majorité relative, quel que soit le nombre de votants. Si plusieurs candidats obtiennent le même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin. Il est affiché pendant 6 jours francs au cours desquels les réclamations sur la validité des

opérations électorales peuvent être adressées au Directeur Général.

A l'issue du délai prévu ci-dessus, le Directeur Général proclame les résultats du scrutin et convoque les membres de la CME en vue de l'élection de son Président et de son ou ses Vice-président(s).

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage, par le Président du Directoire après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

Les représentants des étudiants hospitaliers sont désignés pour deux ans. Ils sont nommés par le Président du Directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein des conseils des unités de formation et de recherche liées par convention à l'établissement. Un représentant des étudiants en maïeutique est nommé pour deux ans par le Président du directoire sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil de la composante universitaire liée par convention à l'établissement ou sur proposition des étudiants siégeant au sein du conseil technique de l'école hospitalière rattachée à l'établissement.

3- Membres remplaçants

Il peut être fait appel aux suppléants.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir à la catégorie ou à la discipline qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le suppléant de la même catégorie ou de la même discipline qui a obtenu le plus grand nombre de voix.

En l'absence d'un membre suppléant dans la catégorie ou la discipline considérée, il est aussitôt pourvu au remplacement du membre suppléant devenu titulaire selon le régime d'élection ou de désignation prévu dans le collège considéré.

Les fonctions de ces membres remplaçants prennent fin à la date à laquelle auraient cessé celles des membres qu'ils remplacent.

4- Durée du mandat

La durée des mandats est de quatre années renouvelables.

IV- Présidence et Vice-Présidence

1- Election du Président

La CME (membres élus et de droit) élit, en son sein, son Président parmi les personnels hospitalo-universitaires et son ou ses deux Vice-président(s) parmi les praticiens titulaires élus ou non. L'un des Vice-présidents doit être praticien hospitalier titulaire à temps plein. Le Président et le (premier) Vice-président doivent être élus parmi les praticiens titulaires élus de la CME.

Toutefois, en cas d'absence de candidat parmi les personnels enseignants et universitaires, le Président peut être élu parmi les praticiens titulaires de l'établissement.

Lorsque le Président et/ou le premier Vice-président font valoir leur droit à la retraite ou au consultanat en cours de mandat, une nouvelle élection du Président et/ou du Vice-président est organisée au sein des membres élus de la CME pour la durée de fin de mandature.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

2- Durée du mandat

Les fonctions de Président et de Vice-président(s) de la CME sont de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

3- Fin du mandat ou empêchement temporaire

Les fonctions de Président de la CME prennent fin sur présentation de sa démission au Président du Directoire ou au terme du mandat de la CME qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du Président de la CME, ses fonctions au sein de la CME sont assumées par le (premier) Vice-président élu de cette commission jusqu'à l'élection d'un nouveau Président.

4- Incompatibilités de fonctions

Les fonctions de Président de la CME sont incompatibles avec les fonctions de Chef de Pôle, sauf exception si l'effectif médical de l'établissement le justifie.

En conséquence, l'élection à la Présidence d'un des membres du collège 3 s'accompagne immédiatement de sa démission de fonction éventuelle de Chef de Pôle.

5- Missions du Président de la CME

Le Président de la CME est Vice-président du Directoire de l'établissement de santé.

Il coordonne la politique médicale de l'établissement. Il se prononce notamment sur la cohérence médicale et la conformité au projet médical de l'organisation en pôles de l'établissement.

Il participe aux séances du Conseil de Surveillance avec voix consultative.

Il propose au Directeur Général :

- les listes de candidats en vue de la nomination dans les fonctions de Chefs de Pôle
- la nomination des Chefs de Service après avis du Chef de Pôle

Il émet des avis :

- sur la nomination et la mise en recherche d'affectation des praticiens hospitaliers et des praticiens hospitalo-universitaires. Cet avis est communiqué au Directeur Général du Centre National de Gestion (CNG) chargé de ces nominations sur proposition du Président du Directoire (Directeur Général)
- avant la signature des contrats de pôle pour vérifier, en ce qui concerne les pôles d'activité clinique et médico-technique, la cohérence du contrat avec le projet médical
- sur l'admission par contrats, par le Directeur Général, sur proposition du Chef de Pôle, de médecins, sages-femmes et odontologistes exerçant à titre libéral, autres que les praticiens statutaires de l'établissement
- sur les changements de responsables des services, structures internes ou unités fonctionnelles des pôles d'activité clinique ou médico-technique.

Le Président de la CME est chargé du suivi de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, conjointement avec le Directeur Général et sous réserve des attributions de la CME.

À ce titre :

- il peut organiser des évaluations internes

- il est force de proposition pour la création de commission temporaires ou de commissions médico-administratives
- il veille à la mise en œuvre des engagements de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité (résultant des inspections et de la certification)
- il veille au respect des principes de fonctionnement des pôles établis dans le règlement intérieur de l'établissement mais aussi aux relations entre Chef de Pôle et Chef de Service, en particulier pour :
 - la recherche clinique et l'innovation
 - l'enseignement
 - la qualité et la sécurité des soins
 - la permanence des soins
 - la prise en charge médicale, son organisation, sa coordination et son évaluation
 - la gestion des ressources humaines
 - l'autorité fonctionnelle au sein des services
 - la formation et l'évaluation des fonctions de chef de service
- il présente au Directoire le programme d'actions proposé au Directeur Général par la CME.

Le Président de la CME élabore, avec le Directeur Général et en conformité avec le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM), le projet médical d'établissement. Il en assure le suivi de la mise en œuvre et en dresse le bilan annuel.

Le projet médical est élaboré pour une période de cinq ans. Il peut être modifié par voie d'avenant. Il définit la stratégie médicale de l'établissement et précise les mesures qui doivent être prises en application des dispositions du contrat pluriannuel.

Il comprend notamment :

- 1° les objectifs médicaux en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et le contenu de l'offre de soins
- 2° les objectifs de l'établissement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- 3° les objectifs en matière de recherche et de démarches innovantes (CHU)
- 4° l'organisation des moyens médicaux
- 5° une annexe spécifique précisant l'articulation entre les pôles d'activité pour garantir la cohérence du parcours de soins du patient
- 6° un volet relatif à l'activité palliative des services ou unités fonctionnelles identifiant les services de l'établissement au sein desquels sont dispensés des soins palliatifs.

Le Président de la CME coordonne la politique médicale de l'établissement.

À ce titre :

- il contribue à la politique de formation médicale
- il contribue à la diffusion et à l'évaluation des bonnes pratiques
- il veille à la coordination de la prise en charge médicale et paramédicale du patient
- il contribue à la promotion de la recherche médicale et de l'innovation thérapeutique
- il coordonne l'élaboration du plan de développement professionnel continu
- il présente au directoire et au conseil de surveillance un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

6- Comptabilisation du temps consacré aux fonctions de Président et de Vice-président

Le temps consacré aux fonctions de Président et de Vice-président(s) de la CME est comptabilisé dans les obligations de service des praticiens concernés.

En application de la réglementation en vigueur, une indemnité de fonction est versée au Président de la CME.

7- Formation

Une formation est proposée au Président de la CME à l'occasion de sa prise de fonction.

A sa demande, le Président de la CME peut également bénéficier d'une formation à l'issue de son mandat, en vue de la reprise de l'ensemble de ses activités médicales. Les modalités de cette formation sont définies par arrêté du Ministre chargé de la Santé.

V. Fonctionnement de la CME

Le Président de la CME veille au bon fonctionnement de la commission. Il se fait assister en cela par un bureau de la CME.

1- Le Bureau de la CME

Le Président de la CME compose son bureau, après nomination de ses membres, afin de permettre une représentation de l'ensemble des composantes de la CME.

Lorsque le bureau est composé, le Président de la CME informe la communauté médicale ainsi que le Directeur Général de sa composition.

En cas de cessation, en cours de mandat, des fonctions du Président de la CME en exercice, les membres du bureau sont considérés comme démissionnaires de leurs fonctions. Après l'élection du nouveau Président, ce dernier procède à la mise en place d'un nouveau bureau.

Le bureau se réunit une fois par semaine, en tout état de cause avant chaque séance programmée de la CME. Il examine, à des fins préparatoires, l'ordre du jour et les questions relevant de la CME.

2- Convocation et ordre du jour des séances de la CME

La CME se réunit sur convocation de son Président en séance ordinaire ou en séance extraordinaire. Les séances ordinaires ont lieu entre huit et onze fois par an. Les séances extraordinaires et/ou plénières sont convoquées à la demande soit du Président de la CME, soit du Directeur Général, soit du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

L'ordre du jour est fixé, après consultation du Directeur Général, par le Président ou, en cas d'empêchement, par le ou l'un des Vice-présidents.

La convocation, l'ordre du jour et les documents de travail associés sont adressés aux membres de la commission qui y siègent avec voix délibérative ou consultative. Sauf urgence, et sous réserve de la validation par le Président de la CME, ils sont adressés au plus tard dans la semaine précédant la séance.

La commission peut faire appel à des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement de ses travaux.

3- Organisation des débats

Chaque membre de la CME s'engage à participer aux séances avec assiduité et régularité.

Le Président dirige les débats de la commission. Il prend toute disposition utile pour en assurer le bon ordre et la discipline. Nul ne peut prendre la parole avant qu'il l'y ait invité.

Le Président peut décider de suspendre ou mettre fin à la séance en cas d'évènement exceptionnel inattendu.

Il peut décider de limiter les débats à la seule présence des médecins élus ou titulaires de la commission.

Les membres de la commission ainsi que les personnes éventuellement entendues par elle sont tenus à l'obligation de discrétion professionnelle à l'égard des informations présentant un caractère confidentiel et présentées comme telles par le Président, dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux. Par contre, et d'une manière générale, les membres de la commission ont pour mission de contribuer à la transmission des informations non confidentielles issues des débats de la CME auprès de leurs collègues et de leurs équipes respectives.

Les débats de la commission se rapportent, soit à des avis suivis de vote, soit à des informations non suivies de vote; il appartient au Président d'en décider à l'exception des cas où les dispositions législatives ou réglementaires imposent un vote.

En outre, la commission peut émettre des vœux relatifs aux conditions de fonctionnement de l'établissement.

4- Secrétariat

Le secrétariat de la commission, assuré à la diligence du Directeur Général, envoie les convocations. Il fait remplir en début de séance la feuille d'émargement aux membres présents. Il rédige après la séance, sous l'autorité du Président, le relevé des avis et éventuellement des vœux émis par la commission, ainsi que le procès-verbal des débats (compte-rendu de CME) qui est adressé aux membres de la CME avant la séance ordinaire suivante en vue de son approbation lors de cette nouvelle séance.

Après approbation par les membres de la CME, le secrétariat informe l'ensemble de la communauté médicale et administrative par courriel de la diffusion et mise à disposition du compte rendu de séance sur le site intranet de la CME.

Pour la préparation des réunions, le secrétariat fait parvenir aux membres de la CME, en temps utile et dans toute la mesure du possible, tous les documents requis.

Les membres de la commission reçoivent, par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, le relevé des avis et vœux dans un délai maximum d'un mois après leur émission, et le procès-verbal une fois approuvé par la commission.

5- Quorum

Pour pouvoir tenir valablement la CME en formation ordinaire, un minimum de la moitié des membres avec voix délibératives doit être présent. Lorsqu'après une convocation régulière, ce quorum n'a pas été réuni, une deuxième convocation est faite à huit jours d'intervalle. La CME se tient alors valablement quel que soit le nombre des membres avec voix délibérative présents.

6- Votes

Les votes par correspondance et les votes par procuration ne sont pas admis.

La CME vote à main levée sur les questions qui lui sont soumises par le Président. En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Le vote à bulletin secret est toutefois de droit lorsqu'il est demandé par un des membres.

Pour la titularisation des PH ou PU-PH, seuls les médecins participent au vote.

L'organisation du vote est confiée au secrétariat de la commission. Pour chaque vote, les scrutateurs établissent le nombre des membres de la commission ayant voix délibérative présents au moment du vote ; le nombre d'entre eux qui ne prennent pas part au vote (abstentions), le nombre de ceux qui votent blanc (membres prenant part au vote mais refusant de manifester leur choix), le nombre de ceux qui votent nul (membres prenant part à un scrutin secret mais dont le bulletin est entaché d'une irrégularité), le nombre de suffrages exprimés. En cas de vote à scrutin secret, les bulletins sont distribués au moment du vote.

Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires particulières, les avis sont adoptés à la majorité simple. Si la majorité des membres présents en séance le décide, les avis pourront être adoptés à la majorité absolue au 1er tour de scrutin et à la majorité relative au 2ème tour de scrutin.

Les résultats du vote sont annoncés en séance par le Président de la commission.

L'élection des membres de la CME appelés à siéger à ce titre dans d'autres instances représentatives a lieu au scrutin uninominal et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un deuxième tour est organisé; la majorité relative suffit au second tour ; en cas de partage des voix, le plus âgé est élu.

VI. Dispositions communes aux Commissions Médicales d'Etablissement et aux Comités Techniques d'Etablissement

La CME et le Comité Technique d'Etablissement (CTE) peuvent décider de délibérer conjointement des questions relevant de leurs compétences consultatives communes. A l'issue de ces délibérations, ils émettent des avis distincts.

Lorsque la CME ou le CTE ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au Directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la CME et du CTE.

Après avoir entendu le Directeur, la CME et le CTE peuvent confier, à la même majorité qualifiée, à deux de leurs membres respectifs le soin d'établir un rapport conjoint.

Le rapport conclut en émettant un avis sur l'opportunité de saisir de ses conclusions le Conseil de Surveillance en vue de la mise en œuvre de la procédure d'audit prévue à l'article R. 6143-31 Code de la santé publique.

Au vu de ce rapport, la CME et le CTE peuvent décider, à la même majorité qualifiée, de procéder à cette saisine.

VII. Modifications du présent règlement

Le présent règlement est obligatoirement révisé pour tenir compte des évolutions législatives et réglementaires. Dans ce cas, le secrétariat en informe le Président de la CME qui prend toute disposition utile pour mettre en œuvre la procédure de révision.

Le présent règlement peut également être révisé sur proposition du Président de la CME ou de la moitié au moins de ses membres. La révision n'est adoptée que si la majorité absolue des suffrages exprimés est obtenue

ANNEXE 3

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
119/213

Règlement intérieur du Comité Technique d'Établissement (CTE) du CHU-Hôpitaux de Rouen

(Validé en CTE du 30/08/2012)

Article 1 : Attributions du comité technique d'établissement

Le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur :

1° - Les projets de délibération du conseil de surveillance mentionnés à l'article L. 6143-1 et sur le plan de redressement présenté par le président du directoire à l'agence régionale de santé, ainsi que sur l'organisation interne de l'établissement mentionnée au 7° de l'article L.6143-7.

2° - Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leurs incidences sur la situation du personnel ;

3° - La politique générale de formation du personnel, et notamment le plan de formation ainsi que le plan de développement professionnel continu ;

4° - Les critères de répartition de la prime de service, de la prime forfaitaire technique et de la prime de technicité ;

5° - La politique sociale, les modalités de la politique d'intéressement ainsi que le bilan social ;

6° - La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques, ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;

7° - Le règlement intérieur de l'établissement.

Le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement.

Le CTE dispose également d'un pouvoir d'alerte conjoint avec la commission médicale d'établissement. Lorsque ces deux instances ont connaissance de faits de nature à affecter de manière préoccupante et prolongée la situation de l'établissement, ils peuvent, à la majorité des deux tiers des membres de chacune de ces instances, demander au directeur de leur fournir des explications. La question est alors inscrite de droit à l'ordre du jour de la prochaine séance de la commission et du comité.

Article 2 : Composition du comité technique d'établissement

Présidence du CTE

Le CTE est présidé par le directeur ou son représentant.

Membres du CTE

Le Comité Technique d'Etablissement du CHU-Hôpitaux de Rouen comporte outre le directeur de l'établissement ou son représentant :

- 18 représentants du personnel élus lors du scrutin du 20 octobre 2011 en qualité de titulaires, et autant de suppléants.
- Un représentant de la commission médicale d'établissement, avec voix consultative.

Durée de mandat des membres du CTE

La durée du mandat des représentants du personnel est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

La durée du mandat peut être exceptionnellement réduite ou prorogée, dans un intérêt de service, par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Conseil supérieur des hôpitaux et du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière. Cette réduction ou prorogation ne peut excéder une durée d'un an.

Lors du renouvellement d'un comité technique d'établissement, les nouveaux membres entrent en fonctions à la date à laquelle prend fin le mandat des membres auxquels ils succèdent.

Fin de mandat des membres du CTE

Lorsqu'un représentant titulaire du personnel cesse en cours de mandat d'exercer ses fonctions en raison de son décès, ou à la suite d'une démission de ses fonctions dans l'établissement ou de son mandat, d'un changement d'établissement, ou parce qu'il est frappé de l'une des causes d'inéligibilité prévues à l'article R. 6144-53 du code de la santé publique, il est remplacé par un suppléant pris dans l'ordre de la liste au titre de laquelle il a été élu.

Le suppléant est lui-même remplacé par le candidat suivant figurant sur la même liste. Lorsque, faute d'un nombre suffisant de candidats, l'organisation syndicale se trouve dans l'impossibilité de pourvoir à ce remplacement, elle désigne le représentant parmi les agents éligibles composant le collège.

Experts auprès du CTE

Le président du comité, à son initiative ou à la demande de membres titulaires du comité, peut convoquer des experts afin qu'ils soient entendus sur un point inscrit à l'ordre du jour. Les experts n'ont pas voix délibérative. Ils ne peuvent participer qu'à la partie des débats relative aux questions motivant leur présence sans pouvoir participer au vote.

Collaborateurs du président du CTE

Le président du comité, en sa qualité de chef d'établissement, peut se faire assister de ou des collaborateurs de son choix, sans que celui-ci ou ceux-ci ne puissent prendre part aux votes.

Médecin du travail

Lorsque l'ordre du jour du CTE comprend des questions intéressant l'hygiène, la sécurité et les conditions de travail, le médecin du travail assiste avec voix consultative à la réunion du comité.

Article 3 : Règlement intérieur du CTE

Chaque comité établit son règlement intérieur

Article 4 : Secrétariat du CTE

Le secrétaire est élu par l'ensemble des membres du CTE ayant voix délibérative parmi les représentants titulaires du personnel, dès la première réunion de CTE suivant le renouvellement général des élections professionnelles.

En cas de partage égal des voix entre les candidats à ce poste, celui-ci revient au plus âgé d'entre eux.

Dans la pratique, l'élection du secrétaire peut se faire à main levée sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret par au moins un membre titulaire présent.

Un secrétaire suppléant est désigné selon les mêmes modalités.

Le secrétaire est chargé de transmettre les questions des organisations syndicales afin qu'elles soient proposées à l'ordre du jour.

Article 5 : Convocation du CTE

Le calendrier du CTE est arrêté de manière semestrielle

Les réunions du comité ont lieu sur convocation de son président, à l'initiative de celui-ci ou sur demande écrite de la moitié au moins des représentants titulaires du personnel. Dans ce dernier cas, le comité est réuni dans un délai d'un mois.

La convocation est accompagnée de l'ordre du jour de la séance.

Le comité se réunit au moins une fois par trimestre.

Les convocations sont transmises de manière individuelle aux représentants du personnel avec envoi des copies aux cadres, afin de faciliter l'organisation du service et permettre la présence des représentants au CTE.

Article 6 : Ordre du jour

La préparation de l'ordre du jour du CTE est coordonnée par la direction des ressources humaines.

Les questions des organisations syndicales sont transmises au moins un mois avant les séances ne concernant pas les avis préalable au conseil de surveillance.

Le secrétaire du CTE, le directeur des ressources humaines, le coordonnateur général des soins se réunissent un mois avant ces séances, afin d'explicitier les questions posées par les organisations syndicales qui entreront dans l'ordre du jour.

L'ordre du jour est fixé par le président, en accord avec le secrétaire du C.T.E.

Doivent notamment y être inscrites les questions entrant dans la compétence du comité dont l'examen a été demandé par la moitié au moins des représentants titulaires du personnel.

Le CTE du CHU-Hôpitaux de Rouen connaît deux types de séances :

- d'une part, les séances au cours desquelles sont principalement discutés les projets institutionnels de délibération du conseil de surveillance et les avis sur les réorganisations,
- d'autre part, les séances au cours desquelles sont principalement discutés tous les autres sujets qui sont du ressort du C.T.E, à l'initiative soit de la Direction, soit des organisations syndicales.

Article 7 : Transmission de l'ordre du jour et des documents

L'ordre du jour, signé par le président de la séance et le secrétaire, est transmis quinze jours au moins avant la séance. Les documents nécessaires à l'expression des avis des membres du CTE sont transmis en même temps que l'ordre du jour.

En accord avec le secrétaire, lorsque la disponibilité de l'information l'impose, les documents pourront être communiqués dans un délai plus court.

Ce délai ne devra pas être inférieur à 5 jours.

Certaines questions appellent des réponses écrites avant la séance.

Dans ce cas, la réponse est transmise par écrit une semaine avant la séance.

Article 8 : Quorum

Le comité ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres ayant voix délibérative sont présents lors de l'ouverture de la réunion.

Lorsque ce quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de huit jours.

Le comité siège alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de membres présents.

Article 9 : Vote

Le comité émet des avis ou des vœux à la majorité des suffrages exprimés.

S'il est procédé à un vote, celui-ci a lieu à main levée, sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret.

Le président ne prend pas part au vote.

En cas de partage égal des voix, l'avis est réputé avoir été donné ou la proposition formulée.

Les avis ou vœux émis par le comité sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance de l'établissement.

Article 10 : Participation aux débats et aux votes

Le président organise les débats et ne prend pas part au vote.

Parmi les représentants du personnel, seuls, ceux élus en qualité de titulaires, participent aux débats et aux votes, avec voix délibérative.

Les suppléants ne participent aux débats et aux votes que lorsqu'ils remplacent un membre titulaire.

Les suppléants peuvent intervenir en tant qu'experts, si le titulaire en fait la demande en début de séance au président de la séance.

Article 11 : Publicité des débats et des avis du CTE

Les séances ne sont pas publiques.

Les personnes participant, à quelque titre que ce soit, aux travaux du comité technique d'établissement sont tenues à l'obligation de discrétion professionnelle à raison des pièces et documents dont ils ont eu connaissance à l'occasion de ces travaux.

Les avis et vœux émis par le CTE sont portés par le président à la connaissance du conseil de surveillance.

Ils sont également portés par voie d'affichage, à la diligence du directeur de l'établissement, à la connaissance du personnel dans un délai de quinze jours et publiés sur le site intranet du CHU.

Le suivi des décisions prises en séance sera transmis dans les 15 jours après la séance aux membres du CTE, proposant une échéance pour apporter la réponse.

Un procès-verbal de chaque séance est établi.

Il est signé par le secrétaire, ou le secrétaire-adjoint, et le président du CTE et transmis dans un délai de trente jours aux membres du comité.

Ce procès-verbal est soumis à approbation lors de la séance suivante.

Ce procès-verbal est accessible sur le site intranet du CHU.

Article 12 : Relations avec le CHSCT

Les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leur incidence sur la situation du personnel, qui doivent être soumis à la fois au C.T.E. et au C.H.S.C.T. seront présentés en premier lieu au C.H.S.C.T. puis au C.T.E.

Il convient de rappeler, par ailleurs, que :

- le C.T.E. peut confier au C.H.S.C.T. Central ou aux C.H.S.C.T. locaux le soin de procéder à des études sur les matières de sa compétence,

- le C.T.E. est destinataire du rapport et du programme annuel de prévention des risques professionnels établi par le représentant du chef d'établissement, accompagné de l'avis du C.H.S.C.T. Central,

- le C.T.E. est consulté sur le nombre de C.H.S.C.T. qui doivent être constitués et sur les mesures de coordination de ces différents comités.

Article 13 : congé de formation aux membres du CTE

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants titulaires du personnel au comité technique d'établissement.

La durée maximale de ce congé est de cinq jours.

Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé.

Les organismes chargés d'assurer la formation sont soit les organismes figurant sur la liste établie en application de l'article 1er du décret n° 88-676 du 6 mai 1988 relatif à l'attribution du congé pour formation syndicale dans la fonction publique hospitalière, soit les organismes figurant sur la liste mentionnée à l'article R. 236-18 du code du travail.

Le congé de formation est pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire.

Les dépenses afférentes à ce congé comprennent notamment les dépenses d'enseignement et d'organisation matérielle des stages ainsi que les frais de déplacement et de séjour des stagiaires.

Le montant journalier est fixé par référence à l'arrêté mentionné au code du travail.

Les dépenses prises en charge par l'établissement au titre de cette formation ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière.

Article 14 : Durée des séances du CTE

Les séances commencent à 9h et se terminent au plus tard à 13h avec une pause à 11h, de 15 minutes.

Au-delà de 13h les questions non traitées pourront être, soit, reportées à la séance suivante, soit, donner lieu à la programmation d'une séance supplémentaire.

Article 15 : Durée de l'autorisation d'absence (décret du 9 mai 2012)

La durée de l'autorisation d'absence comprend, outre les délais de route, une durée de temps égale au double de la durée prévisible de la réunion, destinée à permettre aux intéressés d'assurer la préparation et le compte-rendu des travaux

ANNEXE 4

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
126/213

Annexe 4 : REGLEMENT INTERIEUR DU CHSCT –CHU – HR –

PRÉAMBULE

I. - CONSTITUTION ET COMPOSITION DU C.H.S.C.T. CENTRAL DU C.H.U. - HOPITAUX DE ROUEN

- A. Constitution**
- B. Composition**
 - 1. Les membres ayant voix délibérative
 - 2. Les membres ayant voix consultative
- C. Renouvellement des mandats**
 - 1. Renouvellement général
 - 2. Remplacement en cours de mandat
- D. Affichage de la liste des membres**

II. - MISSIONS DU C.H.S.C.T. CENTRAL DU C.H.U. - HOPITAUX DE ROUEN

- A. Missions courantes**
- B. Mission exceptionnelle**

III. - FONCTIONNEMENT DU C.H.S.C.T. CENTRAL DU C.H.U. - HOPITAUX DE ROUEN

- A. La préparation des réunions**
 - 1. Calendrier
 - 2. La convocation des réunions.
 - 3. La préparation de l'ordre du jour
 - 4. L'envoi de l'ordre du jour
- B. Les réunions du C.H.S.C.T.**
 - 1. Les réunions normales
 - 2. Les réunions extraordinaires
- C. Les procès-verbaux**
- D. Les modalités de vote**
- E. Suivi des dossiers**
- F. Sous-commissions du C.H.S.C.T.**
- G. Disposition complémentaire**

IV. - LES MOYENS DU C.H.S.C.T. CENTRAL DU C.H.U. - HOPITAUX DE ROUEN

- A. L'information des membres du C.H.S.C.T.**
- B. La formation des membres du C.H.S.C.T.**
- C. Les déplacements des Représentants du personnel**
- D. Les crédits d'heures des Représentants du personnel**
- E. Les sources documentaires**

V. - ARTICULATION AVEC LES INSTANCES HOSPITALIERES

- A. C.H.S.C.T. - Comité Technique d'Etablissement**
- B. C.H.S.C.T. - Commission Médicale d'Etablissement**
- C. Articulation C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen - C.H.S.C.T. locaux**
- D. Articulation de proximité avec les structures d'expression**

VI. - ARTICULATION AVEC LES GROUPES DE TRAVAIL RELATIFS A DES PROJETS INSTITUTIONNELS

VII. - ARTICULATION AVEC LES PARTENAIRES EXTRA-HOSPITALIERS

- A. L'Inspection du Travail**
- B. Le Service de Prévention des organismes de Sécurité Sociale**
- C. Expert**

VIII. - MODIFICATION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Préambule

Les Représentants du C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN siégeant au C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen tiennent à souligner l'intérêt qu'ils portent au fonctionnement de cette instance et au respect de ses prérogatives.

Le règlement intérieur de cette instance a pour double objectif, non seulement de définir sa composition, ses missions, ses modalités et ses moyens de fonctionnement, mais aussi de formaliser l'articulation du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen avec les C.H.S.C.T. locaux et les autres instances de l'Établissement, en cohérence avec l'organisation du C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN et de manière à mettre en œuvre une Politique de Prévention Pluriannuelle des Risques Professionnels.

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a pour mission de contribuer à la protection physique et mentale et à la sécurité des salariés de l'Établissement et de ceux des entreprises extérieures présentes sur les sites du C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières. A cet effet, il est nécessaire que l'ensemble des membres du C.H.S.C.T. et des professionnels concernés soit au fait des dispositions législatives et réglementaires en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

La Prévention des Risques Professionnels constitue un des axes de travail essentiels de cette instance. Le C.H.S.C.T. dispose notamment du Document Unique comme support pour réaliser des actions de prévention.

Dans le cadre de l'évolution de l'organisation du C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN et du fonctionnement des structures d'expression, le C.H.S.C.T. se prononce sur les questions qui relèvent de son champ de compétences. Il se positionne en garant du respect des lois et règlements en matière d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des personnels.

I. Constitution et Composition du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - HOPITAUX DE ROUEN

A. Constitution du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

Conformément à la réglementation en vigueur, des mesures doivent être prises pour assurer la coordination des différents comités existants. Par décision n°2008-10 du Directeur Général du **C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN** en date du 4 mars 2008 (cf. annexe n°1), le C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen devient l'instance de coordination des C.H.S.C.T. des sites de l'Hôpital Charles Nicolle, de l'Hôpital de Bois-Guillaume, de l'Hôpital Saint Julien, de l'Hôpital de Oissel et de l'Hôpital Boucicaut, de l'Unité Centrale de Production Alimentaire, et de la Blanchisserie.

B. Composition du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

La composition du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen est déterminée par le Code du Travail.

L'effectif pris en considération est l'effectif réel de l'ensemble des personnels, y compris les personnels médicaux, employés dans l'Établissement au 31 décembre 2015, soit de la dernière année civile :

- 1- Site de l'Hôpital Charles Nicolle : 6123 agents non médicaux et 1989 médecins.
- 2- Site de Bois-Guillaume : 1020 agents non médicaux et 227 médecins.
- 3- Site de Saint Julien : 484 agents non médicaux et 69 médecins.
- 4- Site de Oissel - Boucicaut : 192 agents non médicaux et 7 médecins.
- 5- Unité Centrale de Production Alimentaire : 197 agents.
- 6- Blanchisserie : 175 agents.

La composition actuelle du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen fait l'objet de décisions spécifiques.

La composition du Comité est actualisée conformément aux dispositions de l'article 2 - § C du présent chapitre.

1. Les membres ayant voix délibérative

Le Président du C.H.S.C.T.

Le Président du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen est le Directeur Général de l'Établissement ou son représentant.

Les Représentants du Personnel

- Le secrétaire du C.H.S.C.T. :

Le secrétaire est élu par l'ensemble des membres du C.H.S.C.T. ayant voix délibérative parmi les représentants titulaires du personnel, dès la première réunion de C.H.S.C.T. suivant le renouvellement général des élections professionnelles.

En cas de partage égal des voix entre les candidats à ce poste, celui-ci revient au plus âgé d'entre eux.

Dans la pratique, l'élection du Secrétaire peut se faire à main levée sauf s'il est demandé un vote à bulletin secret par au moins un membre titulaire présent.

- Le secrétaire suppléant :

Le secrétaire propose après consultation des représentants des autres organisations syndicales un secrétaire suppléant, qui est élu par l'ensemble des membres du C.H.S.C.T. ayant voix délibérative parmi les représentants titulaires du personnel.

En l'absence du secrétaire, le secrétaire suppléant exerce le même rôle que le secrétaire du C.H.S.C.T.

- Les Représentants du personnel non-médical :

Le nombre des représentants varie en fonction du nombre d'agents relevant du comité :

- 99 et moins : 3 représentants titulaires, plus 3 suppléants
- 100 à 199 : 3 représentants titulaires, plus 3 suppléants
- 200 à 299 : 4 représentants titulaires, plus 4 suppléants
- 300 à 499 : 4 représentants titulaires, plus 4 suppléants
- 500 à 1499 agents : 6 représentants titulaires, plus 6 suppléants
- 1500 et plus : 9 représentants titulaires, plus 9 suppléants

Les représentants sont désignés parmi le personnel (titulaire ou contractuel) par les Organisations Syndicales existant dans l'Établissement en fonction du nombre de sièges attribué selon les résultats obtenus au sein du C.H.U. aux dernières élections au Comité Technique d'Établissement (2014)

- Les Représentants du personnel médical :

Le nombre de représentants varie en fonction du nombre d'agents :

- jusqu'à 2500 agents : 1 représentant titulaire plus 1 suppléant
- au-delà de 2500 agents : 2 représentants titulaires plus 2 suppléants.

Les représentants sont désignés par la Commission Médicale d'Établissement.

2. Les membres ayant voix consultative

Les membres consultatifs de droit

- Le Responsable du service de Médecine du Travail ou son représentant
- Le Coordonnateur Général des Soins ou son représentant
- Le Directeur des Achats, de l'Hôtellerie, de la Logistique et de l'Ingénierie Biomédicale ou son représentant
- Le Directeur des Travaux et des Services Techniques ou son représentant
- Le Praticien Hospitalier chargé de l'enseignement de l'Hygiène.

L'inspecteur du Travail et l'Agent de prévention de la C.A.R.S.A.T. peuvent assister aux réunions du Comité.

Les personnes qualifiées invitées à titre permanent

- La Directrice des Ressources Humaines ou son représentant
- Le Responsable de la Médiation Sûreté

Les personnes qualifiées invitées à titre ponctuel (liste non exhaustive)

- Le Directeur de la Formation ou son représentant
- Les Directeurs des sites du C.H.U.
- Les Directeurs chargés de pôles
- La Cadre de santé du Service de Médecine du Travail

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

130/213

- L'Ergonome du Service de Médecine du Travail
- Les Correspondants santé au travail
- La Psychologue auprès du Personnel
- Les Assistantes Sociales du Personnel
- L'ingénieur chargé de la Sécurité Incendie
- et autres personnes qualifiées autant que de besoin.

Le Président et le Secrétaire peuvent faire appel à titre occasionnel et/ou consultatif à toute personne dont la présence leur paraît justifiée en fonction de ses compétences et/ou de ses missions par rapport à un sujet précis figurant à l'ordre du jour.

Le Comité peut aussi faire appel au concours de toute personne de l'Établissement qui lui paraît qualifiée sur un thème traité en séance. La demande doit être faite par deux membres titulaires du comité auprès du Secrétaire qui le transmet au Président avant la réunion.

La demande de participation d'un expert extérieur peut être faite par le C.H.S.C.T. auprès du Président et/ou du Secrétaire.

Les suppléants des Représentants du Personnel

Les suppléants des représentants du personnel peuvent assister aux séances du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen.

Ils peuvent participer aux débats avec l'accord du Président de séance, mais n'ont pas de voix délibérative, sauf dans le cas où ils remplacent un titulaire.

C. Renouvellement des Mandats

1. Renouvellement général

Le renouvellement des représentants du personnel intervient dans un délai de 3 mois à compter du renouvellement du C.T.E. Les mandats sont renouvelables.

2. Remplacement en cours de mandat

Lorsque au cours de son mandat, un représentant du personnel :

- cesse ses fonctions dans l'Établissement, démissionne de ses fonctions ou
- est frappé de l'une des incapacités prononcées en application du code électoral ou
- cesse de faire partie du C.H.S.C.T. à la demande de l'organisation syndicale qui l'a désigné,

il est pourvu à son remplacement dans le délai d'un mois.

Les organisations syndicales doivent prévenir la Direction du site Charles Nicolle et la Direction des Ressources Humaines du changement intervenu et indiquer le lieu de travail et le numéro de poste de la personne concernée.

D. Affichage de la liste des membres

La liste des membres du C.H.S.C.T. est affichée de manière visible dans les locaux affectés au travail.

II. Missions du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

A. Missions Courantes

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail a pour mission de contribuer à la protection de la santé physique et mentale et de la sécurité des salariés de l'Établissement et de ceux mis à sa disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, notamment en vue de faciliter l'accès des femmes à tous les emplois et de répondre aux problèmes liés à la maternité. Il a également pour mission de veiller à l'observation des prescriptions législatives et réglementaires prises en ces matières.

Le Comité procède à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposés les salariés de l'Établissement ainsi qu'à l'analyse des conditions de travail. Il procède également à l'analyse des risques professionnels auxquels peuvent être exposées les femmes enceintes.

Par décision n°2008-10 du 4 mars 2008, **le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen du C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN devient l'instance de coordination des C.H.S.C.T. des sites de l'Hôpital CHARLES NICOLLE, de l'Hôpital de BOIS-GUILLAUME, de l'Hôpital SAINT-JULIEN, de l'Hôpital de OISSEL et de l'Hôpital BOUCICAUT, de l'U.C.P.A. et de la Blanchisserie.**

Ce Comité examine les questions et les documents qui sont communs à l'ensemble des sites, ou à plusieurs d'entre eux, tels que :

- la protection de la santé physique et mentale des agents, de leur sécurité, notamment de celles des femmes et des handicapés,
- le rapport annuel de la Médecine du Travail du Personnel Hospitalier, qui doit intégrer celui de l'ergonome, celui du psychologue du travail et celui des Correspondants santé au travail ; le rapport annuel des assistantes sociales du personnel et celui de la psychologue du personnel,
- les mesures prises en vue du reclassement des handicapés, et du maintien dans l'emploi des handicapés et des accidentés du travail,
- l'amélioration des conditions de travail lorsqu'elle concerne des organisations, des aménagements, des horaires et/ou des technologies relatives à plusieurs sites de l'Établissement,
- l'évaluation des risques professionnels, le plan de prévention pluriannuel des risques professionnels et les programmes annuels de prévention de ces risques et d'amélioration des conditions de travail, lorsqu'ils visent l'ensemble ou plusieurs des sites du C.H.U.,
- les enquêtes et inspections relatives à des thèmes communs à l'ensemble ou à plusieurs sites de l'Établissement.

Il est également consulté sur :

- le bilan social de l'Établissement,

- le règlement intérieur de l'Établissement,
- les plans de secours et d'urgence de l'Établissement,
- la politique de qualité et de sécurité des soins, ainsi que les mesures adoptées en vue de sa mise en œuvre au C.H.U. de ROUEN - Hôpitaux de ROUEN,
- la nomination de la personne compétente en Radioprotection,
- et avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions d'hygiène et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail ou de l'organisation du travail.

B. Mission exceptionnelle

Le Droit d'alerte peut être exercé en cas de danger grave et imminent concernant plusieurs sites ou l'ensemble des sites, soit par un représentant du personnel, soit par un agent qui alerte un représentant du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et qui peut se retirer de la situation. Le représentant alerté doit en aviser immédiatement le Président du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen ou en son absence le Directeur de Garde, et consigne cet avis sur un registre spécial.

Le registre spécial du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et celui du C.H.S.C.T. de l'Hôpital Charles Nicolle, tenus au P.C. de sécurité de l'Hôpital Charles Nicolle sous la responsabilité de leur président sont à la disposition des représentants du personnel. L'avis inscrit sur l'un des registres est daté et signé, il comporte l'indication du ou des postes de travail concernés, de la nature du danger, ainsi que du nom du ou des salariés exposés. (cf. note de service n°2005-67 du 22 septembre 2005 en annexe 2).

Le Président du C.H.S.C.T. concerné ou le Directeur de garde en son absence, est tenu de procéder sur-le-champ à une enquête avec le membre du C.H.S.C.T. qui lui a signalé le danger et de prendre les dispositions nécessaires pour y remédier.

En cas de divergence sur la réalité du danger ou la façon de le faire cesser, le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail est réuni d'urgence et, en tout état de cause, dans les 24 heures. En outre, le Président du C.H.S.C.T. ou le Directeur de garde, est tenu d'informer immédiatement l'inspecteur du travail et l'agent du service de prévention de la CARSAT, qui peuvent assister à la réunion du Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail.

III. Fonctionnement du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

A. La préparation des réunions

1. Calendrier

En concertation avec le Secrétaire, le Président arrête un calendrier de réunions, de préférence annuel, à raison d'au moins huit à dix réunions par an, permettant au Comité de mener à bien ses travaux.

Dans la mesure du possible, un échéancier des sujets, des thèmes et des questions est établi.

Le calendrier prend en compte les réunions des autres C.H.S.C.T. déjà programmées de manière à éviter le cumul de réunions sur une même date. Il est communiqué aux membres du Comité.

2. La convocation des réunions

Le Président envoie la convocation aux membres titulaires et suppléants du C.H.S.C.T., ainsi qu'aux personnes qualifiées invitées. Le Secrétaire sollicite les questions un mois avant la date de réunion.

3. La préparation de l'ordre du jour

Les représentants au C.H.S.C.T. adressent leurs questions au Président et au Secrétaire trois semaines au moins avant la date de réunion, avec copie au Secrétaire de séance.

Ces questions doivent relever des attributions du C.H.S.C.T. et être formulées avec précision.

La préparation de l'ordre du jour est faite conjointement par le Président et le Secrétaire du C.H.S.C.T.

Cet ordre du jour cosigné par le Président et le Secrétaire du C.H.S.C.T. est structuré de manière à préparer le travail du C.H.S.C.T.

4. L'envoi de l'ordre du jour

Le Président envoie aux membres titulaires et suppléants du C.H.S.C.T., ainsi qu'aux personnes qualifiées invitées, l'ordre du jour avec les documents écrits correspondants, 8 jours minimum avant la date de réunion du C.H.S.C.T, sauf cas exceptionnel justifié par l'urgence.

B. Les réunions du C.H.S.C.T.

1. Les réunions ordinaires

En cas d'absence du secrétaire de séance, il est procédé à la désignation d'un secrétaire de séance avant l'examen des questions inscrites à l'ordre du jour.

La séance ne doit pas excéder 4 heures et intégrer une pause de 5 à 10 minutes après 2 heures de réunion.

Les questions non examinées seront revues prioritairement au début de la séance suivante.

Les séances du C.H.S.C.T. sont enregistrées.

La séance du mois de mai est exclusivement consacrée au rapport annuel du Service de Médecine du Travail, qui doit intégrer celui de l'Ergonome, celui du psychologue du travail et celui des Correspondants Santé au travail ; au rapport annuel des Assistantes Sociales du personnel et à celui de la Psychologue auprès du personnel ; au bilan social et au bilan de la radioprotection.

2. Les réunions extraordinaires

Le C.H.S.C.T. est réuni par le président :

- à la suite de tout accident ayant entraîné ou ayant pu entraîner des conséquences graves concernant plusieurs sites ou l'ensemble des sites. Les membres du C.H.S.C.T. sont convoqués sans délai.

- à la demande motivée de deux de ses membres représentants du personnel. Les membres du C.H.S.C.T. sont convoqués aussi rapidement que possible dans un délai maximum de 15 jours.

C. Les procès-verbaux

Le secrétaire de séance rédige le procès-verbal de la réunion et le soumet au Président et au Secrétaire du C.H.S.C.T., puis à l'ensemble des représentants du personnel pour lecture et modifications éventuelles. Ce procès-verbal est établi selon un modèle type dans un souci d'harmonisation des pratiques pour tous les C.H.S.C.T.

Il est rédigé de manière à ne pas porter atteinte au principe d'obligation de discrétion à l'égard d'informations présentées comme confidentielles par le Président et/ou l'ensemble du Comité.

Puis, le procès-verbal est soumis à l'approbation du C.H.S.C.T. Ensuite, il est signé par le Secrétaire et par le Président avant d'être diffusé à l'ensemble des membres du C.H.S.C.T. et sur l'Intranet du C.H.U.

D. Les modalités de vote

Les décisions du C.H.S.C.T. relatives à ses modalités de fonctionnement et à l'organisation de ses travaux sont adoptées à la majorité des membres délibératifs présents. Il en est de même des résolutions que le C.H.S.C.T. peut être amené à adopter en ce qui concerne les questions relatives à la politique de sécurité, de prévention et d'amélioration des conditions de travail.

Le président ne participe pas au vote lorsqu'il consulte les membres du Comité en tant que délégation du personnel.

En revanche, il est habilité à voter lorsque le C.H.S.C.T. est amené à prendre des décisions concernant les modalités de fonctionnement et l'organisation de ses travaux.

Le vote a lieu à main levée ou à bulletin secret si un membre le demande. Seuls les membres ayant voix délibérative participent au vote.

E. Suivi des Dossiers

Pour les questions nécessitant la mise en place d'actions, une fiche type par question est élaborée et facilite le suivi par les membres du C.H.S.C.T.

F. Sous-commissions du C.H.S.C.T.

Des sous-commissions peuvent être mises en place par le C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et leurs travaux sont régulièrement suivis par le Comité.

Ces groupes ou comités associent différents professionnels de l'Établissement concernés par les thèmes abordés et mandatés par leur supérieur hiérarchique pour traiter les questions relevant de leur champ de compétence, et/ou formuler des avis plus généraux permettant d'améliorer l'hygiène et la sécurité des différents sites du C.H.U.

Les rapports émanant de la Commission Départementale de Sécurité Incendie doivent être transmis aux membres du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et faire l'objet d'une présentation par l'Ingénieur de Sécurité Incendie du C.H.U.

Par ailleurs, les membres du C.H.S.C.T. peuvent être associés à des groupes de travail ou de réflexions institutionnelles.

G. Disposition complémentaire

Si le C.H.S.C.T. doit être organisé dans un délai rapide, l'Organisation Syndicale peut bénéficier à titre dérogatoire, d'un délai de 48 heures pour prévenir par écrit le Président du C.H.S.C.T. et la Direction des Ressources Humaines du remplacement des représentants parmi les membres désignés dans d'autres C.H.S.C.T.

IV. Les Moyens du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

Pour accomplir leurs missions, des moyens sont mis à la disposition des membres du C.H.S.C.T.

A. L'information des membres du C.H.S.C.T.

Le C.H.S.C.T. reçoit de la Direction, les informations nécessaires pour l'exercice de ses missions.

Les membres du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen doivent être tenus informés des dates de visites de la Commission Départementale de Sécurité sur les différents sites de l'Établissement.

Les attestations, consignes, résultats et rapports relatifs aux vérifications et contrôles mis à la charge de l'employeur au titre de l'hygiène et de la sécurité au travail pour plusieurs sites ou l'ensemble des sites sont mis à la disposition des membres du C.H.S.C.T. et donnent lieu à une présentation par les Directions fonctionnelles concernées.

En outre, le C.H.S.C.T. est informé par son Président des observations de l'inspection du travail, du médecin inspecteur du travail et de la main d'œuvre et des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale lorsqu'elles visent plusieurs sites ou l'ensemble des sites au cours de la réunion qui suit leur intervention.

De même, l'ensemble des rapports émanant des autorités de tutelle et concernant l'hygiène, la qualité et la sécurité des soins ainsi que les conditions de travail des agents, doit être transmis aux membres du C.H.S.C.T.

B. La formation des membres du C.H.S.C.T.

Un congé de formation avec traitement est attribué aux représentants du personnel aux C.H.S.C.T. La durée maximale de ce congé de formation est de 5 jours.

Tout nouveau mandat ouvre droit au renouvellement de ce congé. Ce congé de formation est pris en une ou deux fois à la demande du bénéficiaire.

La formation dont bénéficient les représentants du personnel au C.H.S.C.T. a pour objet de développer en eux l'aptitude à déceler les risques professionnels et la

capacité d'analyser les conditions de travail, de les initier aux méthodes et aux procédés à mettre en œuvre pour prévenir les risques professionnels et améliorer les conditions de travail.

La demande de formation est présentée au moins 30 jours avant le début du stage au Directeur des Ressources Humaines.

Elle doit préciser la date de départ du congé formation, sa durée, le prix du stage et le nom de l'organisme de formation.

Les dépenses de formation, de déplacement et de séjour sont prises en charge par l'Établissement et ne s'imputent pas sur le financement des actions de formation prévues par le décret 90-319 du 5 avril 1990.

Les Présidents du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et des C.H.S.C.T. locaux ainsi que les membres consultatifs de droit peuvent bénéficier d'actions de formation dans le cadre du plan de formation de l'Établissement.

C. Les déplacements des Représentants du personnel

Si dans le cadre de leurs missions, des représentants du personnel sont amenés à se déplacer en dehors de l'Établissement, leurs frais sont pris en charge par l'Établissement dans les conditions applicables aux agents relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Les représentants du personnel au C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen peuvent dans le cadre des crédits d'heures dont ils disposent se déplacer librement sur les différents sites de l'Établissement et y prendre tous contacts nécessaires à l'accomplissement de leur mission, notamment auprès des agents à leur poste de travail.

Ils peuvent, en outre, utiliser des crédits d'heures pour se déplacer hors de l'Établissement. La même faculté leur est offerte lorsqu'ils ne sont pas en service.

D. Les Crédits d'Heures des Représentants du personnel

Des crédits d'heures sont alloués à chacun des représentants pour l'exercice de leurs fonctions.

Ces crédits varient en fonction du nombre de salariés relevant du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen et des C.H.S.C.T. locaux.

Il convient de préciser que la durée d'une réunion normale du C.H.S.C.T. (4 heures) doit être majorée 2 fois (12 heures) et comprendre le délai de route.

Les représentants du personnel peuvent répartir entre eux le temps dont ils disposent ; ils en informent leur supérieur hiérarchique direct et le Directeur des Ressources Humaines. Ce temps est de plein droit considéré comme temps de travail effectif. Les crédits d'heures font l'objet d'un tableau repris en annexe 3.

Le temps passé aux réunions diverses et dans les sous-groupes de travail issus du C.H.S.C.T. et institutionnels, aux enquêtes menées après un accident de travail grave ou d'incidents répétés ayant révélé un risque grave ou une maladie professionnelle ou à caractère professionnel grave ou à la recherche de mesures préventives dans toute situation d'urgence et de gravité, est également considéré comme temps de travail effectif et n'est pas déduit des crédits d'heures.

E. Les sources documentaires

Le Code du Travail, les textes réglementaires sur les C.H.S.C.T., les documents techniques et d'étude sont mis à disposition des membres du C.H.S.C.T.

Cette documentation peut être consultée aux heures d'ouverture du Centre de documentation.

V. Articulation avec les Instances hospitalières

A. C.H.S.C.T. - Comité Technique d'Établissement

Le C.T.E., organe de représentation des personnels non-médicaux, est obligatoirement consulté sur tous les sujets ayant une incidence sur le fonctionnement et l'organisation du travail dans l'Établissement.

Le C.H.S.C.T. est, quant à lui, une instance spécialisée chargée notamment d'une mission d'étude et d'instruction technique des dossiers.

Ainsi, les conditions et l'organisation du travail dans l'Établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail et leur incidence sur la situation du personnel, qui doivent être soumis à la fois au C.T.E. et au C.H.S.C.T. seront présentés en premier lieu au C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen s'ils concernent plusieurs sites ou l'ensemble des sites, et ensuite au C.T.E.

Il convient de rappeler, par ailleurs, que :

- le C.T.E. peut confier au C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen ou aux C.H.S.C.T. locaux le soin de procéder à des études sur les matières de sa compétence,
- le C.T.E. est destinataire du rapport et du programme annuel de prévention des risques professionnels établi par le représentant du chef d'établissement, accompagné de l'avis du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen,
- le C.T.E. est consulté sur le nombre de C.H.S.C.T. qui doivent être constitués et sur les mesures de coordination de ces différents comités.

B. C.H.S.C.T. - Commission Médicale d'Établissement

Les représentants du personnel médical siégeant au C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen assurent les interfaces avec la C.M.E. pour toutes les questions relevant de ses compétences et qui concernent les membres du corps médical.

Le C.H.S.C.T. est associé aux travaux de la sous-commission spécialisée de la C.M.E. mise en place en vue de l'élaboration d'une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et des mesures prises dans ce domaine en application de l'article L. 6144-1 du Code de la Santé Publique.

Les programmes élaborés, les propositions, rapports et avis émis en la matière par la C.M.E. sont transmis au C.H.S.C.T. qui formule à son tour des avis et si nécessaire des vœux ou propositions sur les questions concernant son domaine d'attribution.

C. Articulation C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen / C.H.S.C.T. locaux

Le C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen assure la coordination des différents C.H.S.C.T. locaux. A cette fin, il est créé une coordination comprenant les Présidents et les Secrétaires des CHSCT, ainsi que toute personne qualifiée.

Le Président et le Secrétaire du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen sont informés des ordres du jour des Comités locaux.

Les procès-verbaux du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen sont remis aux présidents des C.H.S.C.T. locaux.

Les procès-verbaux des C.H.S.C.T. locaux sont remis aux membres de droit du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen.

Une réunion annuelle des présidents et des secrétaires des Comités locaux est organisée par le Président et le Secrétaire du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen.

Les Comités locaux doivent élaborer leur Règlement Intérieur en adéquation avec celui du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen.

VI. Articulation avec les groupes de travail relatifs à des projets institutionnels

La Direction, ou un de ses représentants, peut demander aux membres du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen de participer à un groupe de travail institutionnel.

VII. Articulation avec les Partenaires extra-hospitaliers

A. L'Inspection du Travail

L'inspecteur du travail est destinataire des ordres du jour et peut assister aux réunions du C.H.S.C.T.

Les représentants du personnel au C.H.S.C.T. doivent être tenus informés par le chef d'établissement des visites effectuées par l'inspecteur ou le contrôleur du travail.

B. Expert

Le C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen peut faire appel à un expert agréé selon la réglementation en vigueur.

VIII. Modification du Règlement Intérieur

- Le présent Règlement Intérieur du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen peut être modifié à la demande motivée d'au moins deux membres du Comité.

- Cette demande de modification sera présentée au C.H.S.C.T. Central du C.H.U.
- Hôpitaux de Rouen le plus proche et soumise au vote des représentants ayant voix délibérative.

ANNEXES

Annexe 1 : Décision du Directeur Général n°2008-10 du 4 mars 2008 relative à la création de C.H.S.C.T. locaux et aux missions du C.H.S.C.T. Central du C.H.U. - Hôpitaux de Rouen

Annexe 2 : Localisation des registres de signalement d'un danger grave et imminent

Annexe 3 : Tableau des crédits d'heures mensuelles allouées aux Représentants du Personnel siégeant aux C.H.S.C.T.



DECISION N° 2008 - 10

Christian PAIRE, Directeur Général du Centre Hospitalier Universitaire - Hôpitaux de Rouen,
Officier de l'Ordre de la Légion d'Honneur,

VU le Code du Travail et le Code de la Santé Publique,

VU le décret n° 85-946 du 16 août 1985, modifiant le Code du Travail et relatif aux Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (C.H.S.C.T.) dans les Établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière,

VU la circulaire n° 311 du 8 décembre 1989, relative aux Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail des Établissements mentionnés à l'article 2 de la Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière.

CONSIDÉRANT le protocole d'accord sur le nombre et le fonctionnement des C.H.S.C.T. signé le 23 octobre 1998 par les organisations syndicales de l'établissement,

CONSIDÉRANT les résultats des élections aux Commissions Administratives Paritaires Départementales du 23 octobre 2007,

CONSIDÉRANT l'avis du C.T.E. en date du 7 février 2008, qui, à l'unanimité, s'est prononcé en faveur d'une révision du protocole d'accord du 23 octobre 1998 sur le nombre et le fonctionnement des C.H.S.C.T. de l'établissement,

DECIDE :

Article 1^{er} :

Les dispositions du protocole d'accord du 23 octobre 1998 sur le nombre et le fonctionnement des C.H.S.C.T. sont conservées pour ce qu'elles concernent exclusivement les deux C.H.S.C.T. spécifiques de l'U.C.P. et de la Blanchisserie.

Article 2 :

Il est créé un C.H.S.C.T. distinct pour l'Hôpital CHARLES NICOLLE, dont la délégation du personnel comprendra neuf titulaires et neuf suppléants.

Article 3 :

Il est créé un C.H.S.C.T. distinct pour l'Hôpital de BOIS-GUILLAUME, dont la délégation du personnel comprendra six titulaires et six suppléants.

Article 4 :

Il est créé un C.H.S.C.T. distinct pour l'Hôpital SAINT JULIEN, dont la délégation du personnel comprendra quatre titulaires et quatre suppléants.



CHU
Hôpitaux de Rouen

Article 5 :

Il est créé un C.H.S.C.T. distinct pour l'Hôpital de OISSEL et l'Hôpital BOUCICAUT, dont la délégation du personnel comprendra quatre titulaires et quatre suppléants.

Article 6 :

Le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail Central du C.H.U. de ROUEN-Hôpitaux de ROUEN, visé dans le protocole d'accord du 23 octobre 1998, devient l'instance de coordination des C.H.S.C.T. des sites de l'Hôpital CHARLES-NICOLLE, de l'Hôpital de BOIS-GUILLAUME, de l'Hôpital SAINT-JULIEN, de l'Hôpital de OISSEL et de l'Hôpital BOUCICAUT, de l'U.C.P. et de la Blanchisserie.

Ce Comité examinera les questions qui sont communes à l'ensemble des sites, ou à plusieurs d'entre eux, telles que :

- la protection de la santé et de la sécurité des agents, notamment des femmes et des handicapés,
- les mesures prises en vue du reclassement des handicapés,
- l'amélioration des conditions de travail lorsqu'elle concerne des organisations, des aménagements, des horaires et/ou des technologies relatives à plusieurs sites de l'établissement,
- l'évaluation des risques professionnels et les programmes annuels de prévention de ces risques et d'amélioration des conditions de travail, lorsqu'ils visent l'ensemble ou plusieurs sites du C.H.U.,
- les enquêtes et inspections relatives à des thèmes communs à l'ensemble ou à plusieurs sites de l'établissement.

Il sera également consulté sur :

- le bilan social de l'établissement,
- le règlement intérieur de l'établissement,
- les plans de secours et d'urgence de l'établissement,
- la politique de qualité et de sécurité des soins, ainsi que les mesures adoptées en vue de sa mise en œuvre au C.H.U. de ROUEN.

Article 7 :

La délégation du personnel du C.H.S.C.T. Central comprendra neuf titulaires et neuf suppléants.

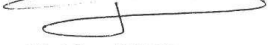
Article 8 :

Le crédit d'heures sera attribué aux représentants du personnel conformément aux dispositions du Code du Travail.

Article 9 :

Madame Annie SOUDAN, Directrice de l'Hôpital Charles Nicolle, est chargée de la mise en œuvre de la présente décision en lien avec les Directeurs de site concernés.

Fait à ROUEN, le 04/03/2008
Le Directeur Général,


Christian PAIRE

 CHU Hôpitaux de Rouen
1 rue de Germont - 76031 Rouen cedex - tél. : 02 32 88 89 90 - www.chu-rouen.fr



CHU
Hôpitaux de Rouen

Note de service	
N° 2005-67	22 septembre 2005
Relative à :	Mise en place sur chaque site d'un registre de signalement d'un danger grave et imminent

Direction Générale

Destinataires :	Tous services – Directeurs de Garde – Secrétaires des CHSCT.
Date d'application :	Dès diffusion.

Pour améliorer la sécurité individuelle et collective et les conditions de travail, il a été retenu d'installer un registre de signalement sur chaque site du CHU-Hôpitaux de ROUEN .

LOCALISATION DES REGISTRES

La localisation retenue permet d'identifier et de mémoriser facilement les lieux tout en accédant à tout moment à ce registre sur chacun des sites :

- Charles Nicolle : poste de sécurité
- Bois-Guillaume : porterie
- Saint-Julien : porterie
- Oissel : poste de soins de l'unité Genêt au 1^{er} étage
- Boucaut : poste de soins du rez-de-chaussée du pavillon Béthel
- U.C.P. : Secrétariat (accessible de 7 h à 18h30)
- Blanchisserie - Garage : Secrétariat (accessible de 8h30 à 17 heures).

PROCEDURE A SUIVRE

1°- Une distinction est à opérer entre deux situations :

- d'une part, le droit d'alerte et de retrait ouvert à chaque agent qui lui permet de se retirer d'une situation de travail dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé.
- d'autre part, le constat d'une cause de danger grave et imminent par l'un des membres du CHSCT qui en avise immédiatement le chef d'établissement. Cet avis est alors consigné dans le registre de signalement du site concerné.

2°- La saisine des autorités administratives doit être conduite de la façon suivante :

L'agent ou le représentant du CHSCT, selon le cas de figure rencontré, se met en relation avec le Directeur de site ou à défaut avec le Directeur de Garde. Celui-ci actionne alors le dispositif rendu applicable aux établissements publics de santé par le Code du Travail et **entreprend sur-le-champ une enquête conjointe** avec le membre du CHSCT lui ayant signalé le danger.

Le Directeur Général Adjoint,
Raph PIGNARD

CHU_Hôpitaux de Rouen- septembre 2005 - DAJF
1 rue de Germont - 76031 Rouen cedex - Tél. : 02 32 86 85 90 - www.chu-rouen.fr

Tableau des crédits d'heures mensuelles allouées aux Représentants du Personnel siégeant aux C.H.S.C.T.

2 heures par mois jusqu' à 99 salariés
 5 heures par mois de 100 à 199 salariés
 5 heures par mois de 200 à 299 salariés
 10 heures par mois de 300 à 499 salariés
 15 heures par mois de 500 à 1499 salariés
 20 heures par mois à partir de 1500 salariés et +

C.H.S.C.T.	Nbre sièges	Heures par Représentant titulaire	Heures par Représentant suppléant	Crédits d'heures CFDT		Crédits d'heures CFTC		Crédits d'heures CGT		Crédits d'heures FO		Crédits d'heures SUD	
				titulaire	suppléant	titulaire	suppléant	titulaire	suppléant	titulaire	suppléant	titulaire	suppléant
CENTRAL	9	20	20	40	40	20	20	40	40	40	40	40	40
HOPITAL CHARLES NICOLLE	9	20	20	40	40	20	20	40	40	40	40	40	40
HOPITAL DE BOIS-GUILLAUME	6	15	15	30	30	15	15	15	15	15	15	15	15
HOPITAL SAINT-JULIEN	6	15	15	30	30	15	15	15	15	15	15	15	15
HOPITAL DE OISSEL	4	10	10	10	10			10	10	10	10	10	10
HOPITAL BOUCAUT													
BLANCHISSERIE	3	5	5	5	5			5	5	5	5		
UNITE CENTRALE DE PRODUCTION	3	5	5	5	5			5	5	5	5		
TOTAL (titulaires + suppléants) par organisation syndicale				160	160	70	70	130	130	130	130	120	120
TOTAL (titulaires + suppléants) mensuel				320 h/mois	320 h/mois	140 h/mois	140 h/mois	260 h/mois	260 h/mois	260 h/mois	260 h/mois	240 h/mois	240 h/mois
TOTAL titulaires + suppléants annuel				3840 h/an	3840 h/an	1680 h/an	1680 h/an	3120 h/an	3120 h/an	3120 h/an	3120 h/an	2880 h/an	2880 h/an

ANNEXE 5

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
145/213

Annexe 5 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA COMMISSION DES USAGERS (CDU).

**REGLEMENT INTERIEUR
DE LA COMMISSION DES USAGERS
(CDU)**

Règlement intérieur approuvé lors de la séance du 1^{er} décembre 2016

SOMMAIRE :

Préambule	Page 3
Article liminaire : Modalités d'entrée en vigueur du Règlement Intérieur	Page 4
ARTICLE 1 : Présentation de la Commission	Page 4
ARTICLE 2 : Attributions	Page 5
ARTICLE 3 : Composition et organisation	Page 7
ARTICLE 4 : Présidence	Page 8
ARTICLE 5 : Fonctionnement et saisine	Page 9
ARTICLE 6 : Rapport d'activité	Page 10
ARTICLE 7 : Projet des usagers	Page 11
ARTICLE 8 : Publicité des travaux	Page 11
ARTICLE 9 : Révision et modification du Règlement Intérieur	Page 11

ANNEXE

Annexe 1 : Protocole de traitement des réclamations	Page 13
--	---------

PREAMBULE

La Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a créé la Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC).

Le décret d'application n° 2005-213 du 2 mars 2005 en a fixé les missions et la composition.

Suite à l'entrée en vigueur de cette loi, le CHU-Hôpitaux de Rouen a, en 2006, mis en place une CRUQPC, désormais appelée, depuis la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, **la Commission Des Usagers (CDU)**.

L'objectif principal de cette commission est de créer un lieu d'échange pour favoriser le dialogue entre les professionnels de santé et les usagers.

La CDU veille aussi au respect des droits des usagers et contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle facilite les démarches de ces personnes et veille à ce qu'elles puissent, le cas échéant, exprimer leurs griefs auprès des responsables de l'établissement, entendre les explications de ceux-ci et être informées des suites de leurs demandes.

Elle travaille donc en étroite relation avec la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques.

Ce règlement intérieur a pour vocation de remplacer le précédent règlement intérieur de 2006.

Cette nouvelle version intègre les modifications apportées par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son décret d'application n°2016-726 du 1^{er} juin 2016 qui visent notamment à étendre les missions de la CDU et modifient sa composition ainsi que son fonctionnement.

ARTICLE LIMINAIRE : Modalités d'entrée en vigueur du Règlement Intérieur

Le Présent Règlement Intérieur de la CDU remplace celui de 2006 et entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

ARTICLE 1 : Présentation de la commission

Dénomination :

Conformément à la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, le CHU-Hôpitaux de Rouen est doté d'une Commission Des Usagers (CDU).

Objet et champ de compétences :

La commission constitue :

- une instance de dialogue avec les usagers et non une commission ayant un pouvoir juridique,
- un organe technique interne en matière de politique d'accueil des usagers et de prise en charge des patients, chargé d'émettre des propositions mais aussi de faire un travail de recensement.

Elle a pour objectif :

- de veiller au respect des droits des usagers et de faciliter leurs démarches dans tous les domaines, que ce soit dans celui de l'organisation des soins ou dans celui du fonctionnement médical,
- de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil et à la prise en charge des personnes malades et de leurs proches,
- de rédiger un rapport annuel relatif à la qualité de la prise en charge des patients et des usagers au sein de l'établissement, et notamment une évaluation des politiques menées par l'établissement dans ce cadre.

Elle se saisit :

- sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et des réclamations qui lui sont transmises,
- à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative, la réunion étant alors de droit,
- de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission Médicale d'Etablissement.

ARTICLE 2 : Attributions

1. La commission est dotée de différentes attributions :

- **Examen de certaines plaintes et réclamations des usagers**

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

149/213

La Commission des Usagers sera informée des plaintes et réclamations ayant un caractère indemnitaire ou juridictionnel.

La commission, dès lors qu'elle a été saisie, examine les plaintes, tout d'abord en formation restreinte au travers des médiateurs, puis en formation plénière.

La commission peut, à l'issue de son examen, formuler :

- des recommandations en vue d'apporter une solution au litige,
- des recommandations tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de recours dont il dispose,
- un avis motivé en vue du classement du dossier.

- **Analyse récapitulative de l'ensemble des plaintes, réclamations ou témoignages de satisfaction des usagers**

A chaque séance, un bilan de l'analyse de l'origine des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfactions ainsi que des suites apportées, permet à la commission d'évaluer les pratiques relatives aux droits des usagers, de la qualité et de la prise en charge mises en place dans l'établissement.

- **Analyse des mesures adoptées par les instances dirigeantes de l'établissement dans le domaine de compétence de la commission**

La commission recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée et en évalue l'impact.

- **Participation à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers**

La commission est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la Commission Médicale d'Etablissement.

- **Formulation de recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil des patients et de leurs proches et assurer le respect du droit des usagers**
- **Présentation des événements indésirables graves**

Au moins une fois par an, les événements indésirables graves survenus au cours des douze mois précédents sont présentés en commission ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.

- **Recueil des observations de bénévoles**

La commission recueille au moins une fois par an les observations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement.

- **Proposition d'un projet des usagers**

La commission peut proposer un projet des usagers, après consultation de l'ensemble des représentants des usagers de l'établissement et des représentants des associations de bénévoles ayant signé une convention avec l'établissement et intervenant en son sein.

- **Groupes de travail**

Les représentants des usagers membres de la Commission des Usagers peuvent intégrer, participer ou initier des groupes de travail sur des thèmes évoqués lors des séances.

2 - Pour exercer au mieux ses attributions, la commission reçoit les informations nécessaires à l'exercice de ses missions :

- a. Les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité préparées notamment par la Commission Médicale d'Etablissement.

Les avis, vœux et recommandations formulés dans le domaine de la politique d'amélioration continue de la qualité émanant de toutes commissions et instances de l'établissement.

- b. Une synthèse annuelle des réclamations et des plaintes adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches.
- c. Le nombre de demandes de communication d'informations médicales formulées par les patients, leurs ayants droit ou leurs représentants légaux et les médecins extérieurs ayant prescrit la prise en charge, avec indication du délai de réponse de l'établissement
- d. Le résultat des enquêtes de satisfaction des usagers et notamment des appréciations formulées dans les questionnaires de sortie.
- e. Le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement par les usagers.
- f. Une présentation au moins une fois par an, des évènements indésirables graves mentionnés à l'article L.1413-14 du Code de la Santé Publique, survenus au cours de l'année antérieure ainsi que les actions menées par l'établissement pour y remédier.
- g. Les observations des associations de bénévoles conventionnées avec l'établissement, qu'elle recueille au moins une fois par an.

3 – Accompagnement

Le représentant légal de l'établissement informe l'auteur de la plainte ou de la réclamation qu'il peut se faire accompagner, pour la rencontre avec le médiateur, d'un représentant des usagers membre de la commission des usagers.

ARTICLE 3 : Composition et organisation

Composition

Conformément aux dispositions des articles R.1112-81, R.1112-81-1 et R.1112-82 du Code de la Santé Publique, la commission est composée, des personnes désignées ci-après :

- Le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet,
- Deux médiateurs et leurs suppléants, désignés par le représentant légal de l'établissement,

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

151/213

- Deux représentants des usagers et leurs suppléants, désignés par le directeur général de l'Agence Régional de Santé (ARS),
- Un représentant de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique et son suppléant, désignés par le directeur des soins,
- Un représentant du personnel et son suppléant choisis parmi les membres du Comité Technique d'Etablissement,

Organisation

La présidence de la commission est confiée à l'un des membres suivant désigné à cet effet :

- le représentant légal de l'établissement ou la personne qu'il désigne à cet effet, ou,
- un des médiateurs titulaire ou,
- un représentant des usagers titulaire.

Mandat des membres

Le président est élu, pour un mandat de trois ans renouvelable deux fois, par l'ensemble des membres composant la commission.

Le vote a lieu à scrutin secret et uninominal, à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. La majorité relative suffit au troisième tour. En cas d'égalité entre les deux candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix, le plus âgé d'entre eux est déclaré élu.

La Commission élit dans les conditions précédentes un vice-président. **Le vice-président** est cependant issu d'une autre de ces catégories de membres que celle du président. Son mandat est aussi renouvelable deux fois.

La durée du mandat des **membres de la commission nommés es qualité** est égale à celle du mandat ou des fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés.

La durée du **mandat des autres membres** de la commission est de trois ans renouvelable.

Le médiateur médecin titulaire et le médiateur médecin suppléant ne peuvent assurer un mandat identique simultanément dans plus de trois établissements de santé.

Assurance

Les membres de la commission sont assurés par l'établissement pour les risques encourus au titre de la mission qu'ils exercent au sein de la commission, soit en tant que salariés de l'établissement en application de l'article L. 1142-2 du Code de la santé publique, soit en vertu d'une assurance spécifique souscrite par l'établissement.

Obligations des membres

Conformément à la loi, tous les membres de la commission et les personnes invitées sans exception sont tenus à l'obligation de secret professionnel telle que définie par les articles 226-13 et 22-14 du Code pénal, ainsi qu'au respect de la vie privée prévu par l'article 9 du Code civil.

De manière générale, les travaux de la commission sont couverts par une obligation de discrétion à l'égard de tous les faits et documents dont elle a connaissance, ainsi que du contenu de ses délibérations.

Remboursement des frais

Les représentants des usagers peuvent demander une prise en charge des frais de déplacement occasionnés par l'exercice de leur mandat ainsi qu'une prise en charge des frais de reprographie des documents qui seront analysés lors des séances.

ARTICLE 4 : Présidence

Le président ou son représentant siège en toutes circonstances, sans voix délibérative.

Il a pour rôle de convoquer la commission, d'en arrêter l'ordre du jour, de diriger les débats et d'organiser les votes.

De plus, le président dispose d'un certain nombre de pouvoirs tels la transmission des comptes rendus des médiateurs aux membres de la commission, ainsi que l'analyse et la sélection préalable des dossiers de plaintes dans les meilleurs délais.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la CDU, ses fonctions au sein de la commission sont assurées par le vice-président.

ARTICLE 5 : Modalités de fonctionnement

Fonctionnement

La commission se réunit au moins quatre fois par an pour assurer un bilan de l'ensemble de ses missions, à savoir :

- l'analyse récapitulative de l'ensemble des plaintes, réclamations ou témoignages de satisfaction des usagers,
- l'analyse des mesures adoptées par les instances dirigeantes de l'établissement dans le domaine de compétence de la commission,
- la formulation de recommandations et leurs suivis.

La Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques reçoit les différentes plaintes et réclamations et, en informe la commission et la saisit autant que de besoin.

Ordre du jour

Il est arrêté par le Président ou son représentant et est communiqué aux membres de la commission au moins huit jours avant la date de la réunion, sauf cas d'urgence où ce délai peut être réduit à un jour franc.

Conditions de vote

La commission ne peut valablement délibérer que si trois de ses membres délibérants sont présents. Le quorum est apprécié au début de la séance.

Lorsque le quorum n'est pas atteint il est organisé une seconde réunion dans un délai maximum de 15 jours.

La commission se prononce à la majorité des membres présents.

Les votes sont organisés à main levée, sur demande de l'un des membres ou à bulletin secret.

En cas de partage égal des voix, l'avis ou la recommandation de la commission proposé au vote est réputé avoir été donné.

En cas de partage égal des voix, la voix du Président est prépondérante.

Incompatibilité

Aucun membre délibérant de la commission ne peut siéger ou exercer ses fonctions s'il est directement concerné par la réclamation ou la plainte portée devant la commission. Le président doit alors appeler le suppléant du membre ne pouvant siéger, à sa place.

Secrétariat de la commission

Le représentant légal de l'établissement doit faire assurer le secrétariat de la commission. Celui-ci doit être organisé de telle sorte que soit respecté le secret médical et le secret de la vie privée.

Il devra être tenu un registre des délibérations où seront conservées les informations suivantes :

- les dates des réunions,
- les personnes convoquées,
- les dates des convocations,
- les personnes présentes ou empêchées et signatures,
- les résumés des débats validés,
- les résolutions mises aux votes,
- les résultats des votes.

Ce registre constitue une garantie de l'effectivité de l'institution ainsi que la traçabilité de ses travaux.

Le résumé des débats devra faire l'objet d'une validation par les membres de la commission dans les deux jours ouvrés suivant son envoi. Il sera réservé le plus grand respect du secret des travaux et documents intéressant la commission.

ARTICLE 6 : Rapport d'activité

Conformément aux articles L.1112-3 et R.1112-80, 3° du Code de la Santé Publique, la commission doit établir chaque année un rapport portant sur des points suivants :

- analyse des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge,

- recensement des mesures adoptées pendant l'année concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évaluation de leur impact,
- recommandations destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches, ainsi que le respect des droits des usagers.

Ce rapport, dont les données seront anonymisées, devra faire mention des éléments qui auront été communiqués préalablement par l'établissement à la commission et qui lui ont permis de réaliser son analyse.

Ce rapport est transmis pour avis à la Commission Médicale d'Etablissement, à la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques et au Comité Technique d'Etablissement.

Le rapport est ensuite transmis au Conseil de surveillance afin que ce dernier délibère sur la politique de l'établissement en ce qui concerne les droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Enfin, le rapport est transmis à l'Agence Régionale de Santé, ainsi qu'à la Conférence Régionale de Santé et de l'Autonomie, par le représentant légal de l'établissement.

ARTICLE 7 : Projet des usagers

La commission peut proposer un projet des usagers s'appuyant sur le rapport d'activité. Il est l'expression des attentes et des propositions des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité de la prise en charge et du respect des droits des usagers. La Commission Médicale d'Etablissement participe à cette élaboration.

La commission le transmet au représentant légal de l'établissement. Ce projet des usagers participe au projet d'établissement.

ARTICLE 8 : Publicité des travaux

Lorsque la commission est saisie, selon la procédure requise, d'une plainte ou d'une réclamation d'un usager, l'avis qu'elle émet à cette occasion est transmis au plaignant par le représentant légal de l'établissement.

Les travaux et recommandations sur l'amélioration des pratiques de la commission sont diffusés (sous la responsabilité de son président) autant que de besoin aux personnels concernés de l'établissement.

Le présent règlement est disponible à l'ensemble du personnel et des praticiens exerçant dans l'établissement, il est tenu à disposition des patients sur leur demande et il est communiqué en tant que de besoin aux autorités de tutelle.

Il fera l'objet d'une intégration aux dispositions du règlement intérieur de l'établissement.

ARTICLE 9 : Révision et modification du règlement intérieur

Le règlement intérieur de la CDU peut être modifié à la demande motivée :

- du représentant légal de l'établissement

- des trois-quarts des membres délibérants de la commission.

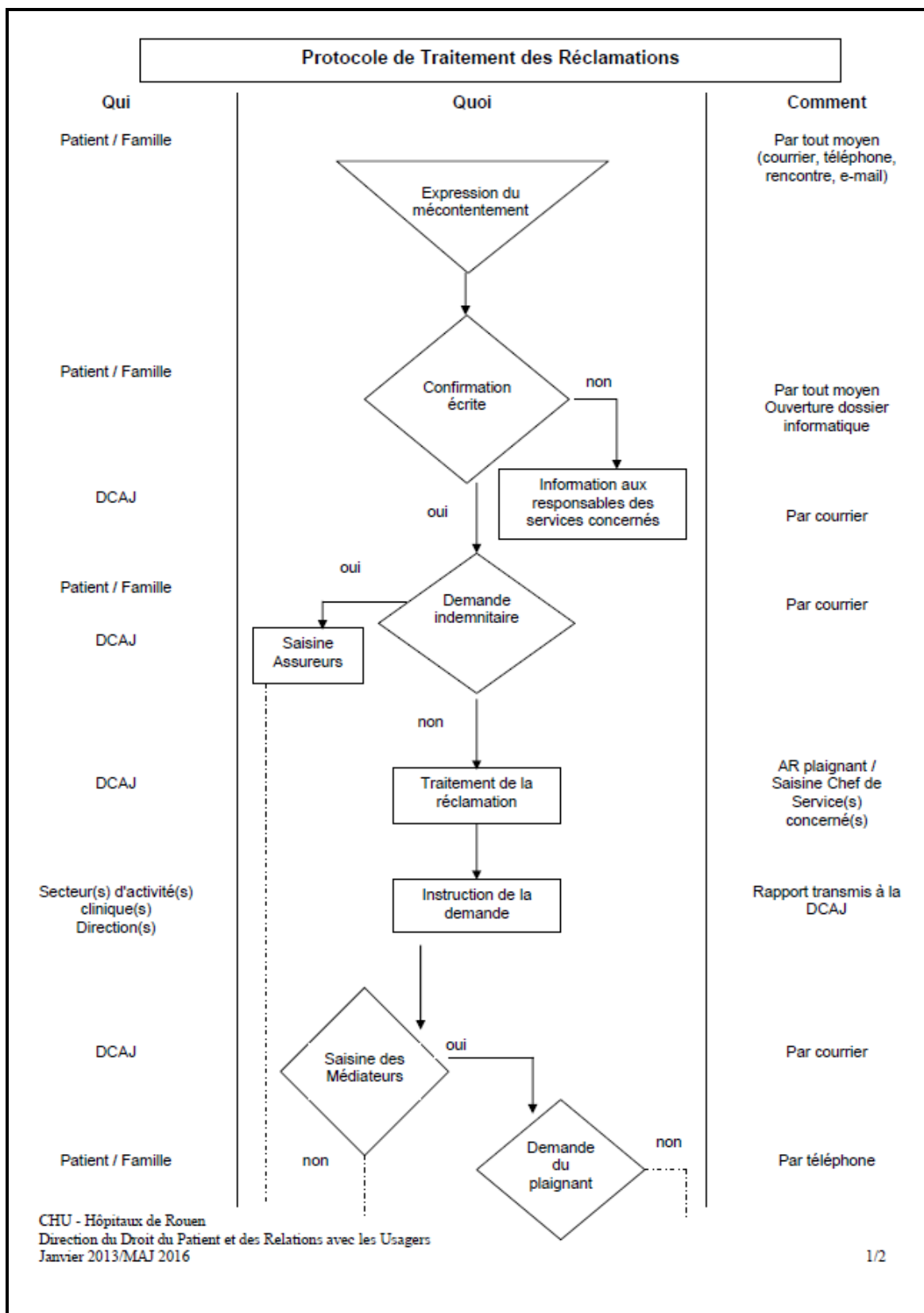
La modification du règlement intérieur peut concerner tout ou partie dudit règlement, sauf les obligations réglementaires décrites dans le décret n° 2005-213 du 2 mars 2005.

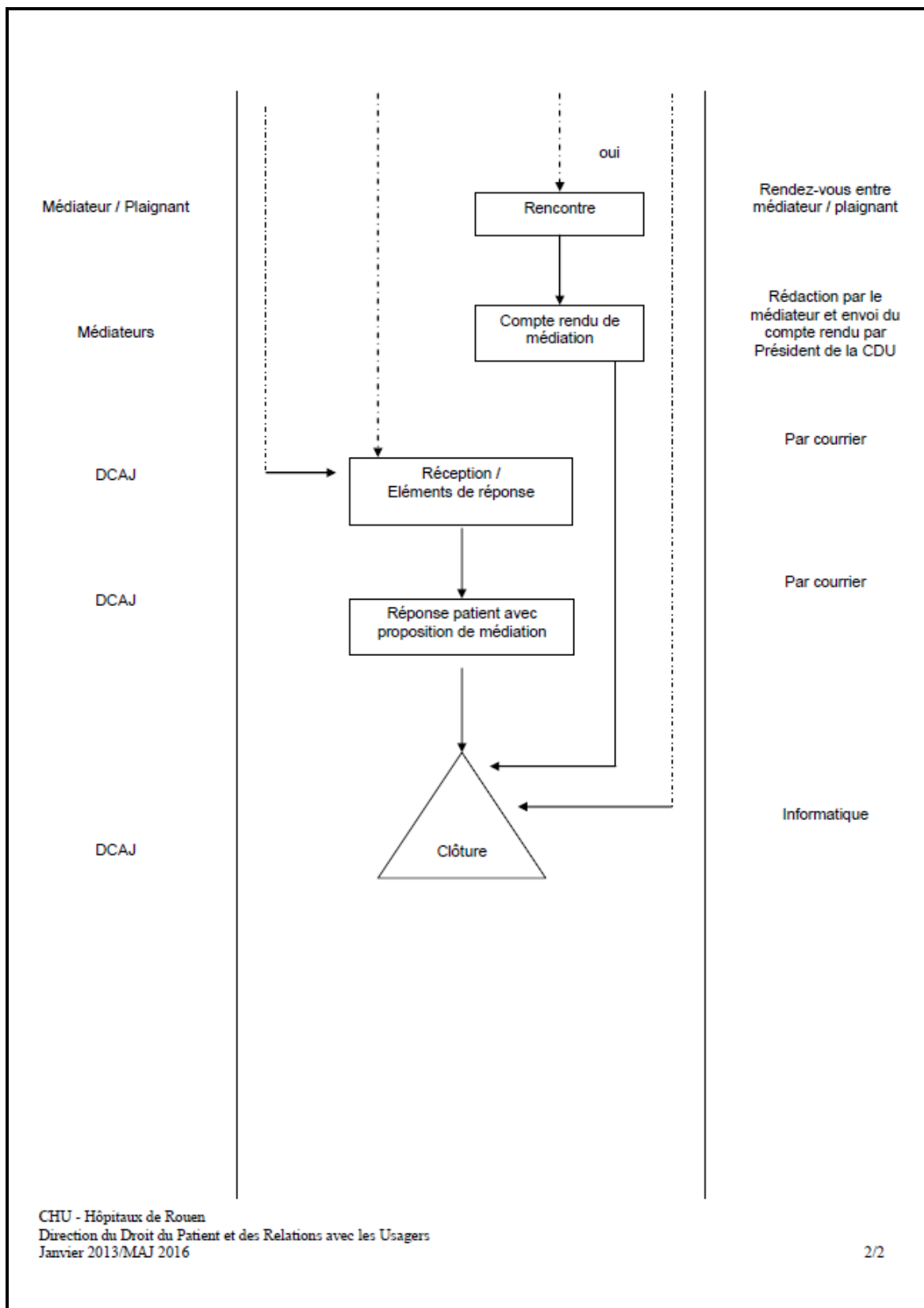
La modification doit emporter l'approbation du président de la commission ou de son représentant.

Toute modification du règlement intérieur de la commission s'effectue par voie d'avenant, dans les mêmes conditions de forme que le règlement initial.

ANNEXE

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
157/213





ANNEXE 6

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
160/213



**Etablissement Hébergeant
des Personnes Agées Dépendantes
(E.H.P.A.D)
Unité de Soins de Longue Durée
(U.S.L.D)**



**REGLEMENT INTERIEUR
Portant
ORGANISATION
Et
FONCTIONNEMENT**

SOMMAIRE

I - DISPOSITIONS GENERALES.....	p 3
II – VIE INTERIEURE.....	p 7
III – ACTIVITES ET LOISIRS.....	p 10
IV – SUIVI MEDICAL.....	p 11
V – CONSEIL DE VIE SOCIALE (EHPAD).....	p 12
VI– ANNEXES	p 14
- 1 - La Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante	
- 2 - Les tarifs	

I - DISPOSITIONS GENERALES

L'admission en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et/ou en unité de soins de longue durée (USLD) doit permettre au résident de bénéficier des services en collectivité ainsi que de la surveillance médicale et des soins nécessaires tout en disposant pleinement de ses droits et de sa liberté personnelle.

Le bon déroulement de la vie en collectivité demande aussi le respect d'un certain nombre de règles et de recommandations énoncées ci-après.

L'attention portée aux droits et devoirs de chacun permettra à chaque résident d'accéder à une vie collective sécurisante, harmonieuse et accueillante.

I – 1 – Modalités d'admission

L'accueil des 454 résidents est organisé sur trois sites dont la capacité en lits est la suivante :

Saint Julien à Petit Quevilly		Boucicaut à Mont Saint Aignan		Oissel (USLD)	
Fleury (USLD)	Les Quatre Saisons (EHPADet USLD)	Arcadie (USLD)	Béthel (EHPAD)	USLD	UHR
145 lits	79 +35 lits	70 lits	70 lits	60 lits	30 lits

I.1.1 : L'admission en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes est prononcée à la demande de l'intéressé(e) (ou de son représentant légal) par le Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen ou son représentant après avis de la commission d'admission du pôle USLD-EHPAD. Elle nécessite la présentation de :

➤ Un dossier administratif comprenant :

- Livret de famille en entier ou extrait d'acte de naissance (pour les célibataires sans enfants)
- Carte nationale d'identité ou autre (permis, passeport, carte de séjour)
- Coordonnées de chaque enfant et du conjoint (Nom, Prénom, Adresse et N° de tél). En cas de décès d'un enfant, coordonnées du conjoint si enfant né de cette union.
- Attestation CPAM
- Mutuelle
- N° allocataire CAF
- Notification de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Avis d'imposition ou de non-imposition
- Si propriétaire : taxe(s) foncière(s)
- Justificatifs des caisses de retraite
- Si mesure de protection juridique : jugement de tutelle ou curatelle
- Relevé d'Identité Bancaire
- Contrat obsèques (s'il en existe un)

➤ Pièces à fournir en cas de revenus insuffisants et de sollicitation de l'aide sociale

- Justificatif de domicile (quittance de loyer, facture EDF ou de téléphone) justifiant de l'adresse au moment de l'entrée,

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

163/213

- Les 12 derniers relevés de compte bancaire, postal ou caisse d'épargne,
- Justificatifs des livrets d'épargne, placements, assurance-vie ou autre biens,
- Appel à cotisation mutuelle,
- Notification d'allocation au logement.

➤ Un dossier médical = après une visite de préadmission effectuée par le Médecin et l'équipe pluridisciplinaire du site où est faite la demande.

I.1.2 : Dès sa demande d'admission, il est remis à chaque résident un exemplaire du livret d'accueil de l'établissement, du règlement intérieur portant organisation et fonctionnement et du contrat de séjour qui sera signé lors de l'admission. Ces documents reprennent les informations utiles au séjour du résident dans le souci du respect des droits et devoirs de chacun.

Une visite de l'établissement avant l'admission est possible ainsi qu'un entretien personnalisé.

Un référent doit être identifié au sein de la famille.

Pour les EHPAD, une personne de confiance doit être désignée par le futur résident, s'il en a les capacités.

I - 2- Séjour (ou relations extérieures)

Conformément à la Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, tout résident a droit :

- au respect de sa dignité, de son identité et de sa vie,
- à l'information,
- à la liberté des échanges d'idées et d'opinions,
- à la liberté d'aller et venir, selon l'état de santé du résident,
- au secret de la correspondance,
- aux visites.

I.2.1 : Culte

L'établissement dispose d'un lieu où les résidents peuvent participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent sur demande de leur part la visite du ministre du culte de leur choix.

I.2.2 : Absences

🔗 Sorties dans la journée

Les résidents peuvent entrer et sortir librement de l'établissement sauf indication médicale (voir art. II.2 relatif à la protection des résidents). Toutefois, pour des raisons de sécurité les portes de l'établissement sont fermées à certains horaires.

Il est demandé aux résidents ou à leur famille de prévenir le personnel si le repas n'est pas pris sur place.

🔗 Week-end et congés

Les sorties des résidents donnent lieu à un avis du médecin de l'établissement et du directeur. Ces absences ne peuvent être supérieures à 48 heures. Le transport du résident lors de la sortie est à sa charge ou à celle de sa famille.

Les résidents peuvent s'absenter pendant 5 semaines par an.

Durant cette période, soit 35 jours par an, les résidents qui souhaitent conserver la réservation de leur chambre règlent le prix de journée.

🔗 En cas d'hospitalisation

Sauf demande expresse et écrite du résident, la chambre est conservée et le résident règle le prix de journée en vigueur duquel est déduit le montant du forfait journalier hospitalier si l'hospitalisation est supérieure à 72H (18 € au 1^{er} Janvier 2010).

1.2.3 : Résiliation

🔗 Résiliation sur l'initiative du résident

La décision doit être notifiée au Directeur de l'établissement, de préférence par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 15 jours avant la date prévue pour le départ.

Le logement est libéré à la date prévue pour le départ. En cas de non-respect de ce délai, le prix de journée sera facturé.

🔗 Résiliation pour incompatibilité avec la vie en collectivité

Les faits sont établis et portés à la connaissance du résident et/ou de son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si le comportement du résident ne se modifie pas après notification des faits constatés, une décision définitive est prise par le Directeur de l'établissement, après avoir entendu le résident et/ou son représentant légal, par lettre recommandée avec accusé de réception.

La chambre devra être libérée dans un délai d'un mois après la notification de la décision définitive.

🔗 Résiliation pour défaut de paiement

L'Assistante Sociale est à la disposition des familles à tout moment pour faire le point sur l'évolution de la situation financière du résident.

Tout retard de paiement égal ou supérieur à 2 mois est notifié au résident et/ou son représentant légal par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le défaut de paiement doit être régularisé dans un délai de 15 jours à partir de la date de l'accusé de réception.

En cas de non-paiement dans ce délai imparti, le logement sera libéré dans un délai de 15 jours à partir de la signature de l'accusé de réception.

🔗 Résiliation pour inadaptation de l'état de santé par rapport aux possibilités d'accueil de l'établissement

Si l'état de santé du résident ne permet plus son maintien dans l'établissement, et en l'absence de caractère d'urgence, une décision médicale motivée et un avis de l'équipe soignante résultant dans la mesure du possible d'un consensus, sont proposés au Directeur de l'établissement.

Si les médecins, cadres et directeur estiment qu'il existe une incompatibilité au niveau de la prise en charge du résident entre les moyens de l'établissement et les souhaits de la famille, le Directeur de l'établissement en concertation avec le médecin et la famille prend toutes mesures pour assurer le transfert dans un autre établissement.

Le Directeur, sur la base de cette proposition avise le résident et/ou son représentant légal et sa famille, par lettre recommandée, de l'impossibilité de son maintien dans l'établissement.

🔗 Résiliation pour décès

Le représentant légal et/ou les héritiers sont immédiatement informés, par tout moyen approprié.

Le Directeur de l'établissement s'engage à mettre tout en œuvre pour respecter les volontés exprimées et remises par écrit sous enveloppe cachetée.

Le logement et son contenu doivent être libérés **dans un délai de 3 jours** à compter de la date du décès. Passé ce délai, le logement est remis à disposition de la structure.
Les bijoux et valeurs sont déposés par le régisseur à la trésorerie.

1.2.4 : Réservation

Sans occupation immédiate à la date de mise à disposition de la chambre, le prix de journée s'applique

1.2.5 : Coût du séjour

Les prix de journée afférents à "l'hébergement" et à "la dépendance" sont fixés chaque année par le Président du Département sur proposition de la Directrice du CHU-Hôpitaux de Rouen après concertation du Directoire.

Ils sont payables mensuellement par le résident ou leurs obligés alimentaires à terme échu (décret abrogé).

Pour les hébergés n'ayant pas de ressources suffisantes et qui demandent une admission à l'aide sociale, et ce quel que soit leur régime de protection juridique, il est demandé de verser, durant la période transitoire c'est à dire dans l'attente de la décision de la commission d'aide sociale, 90% du montant de leurs ressources.

Le Comptable Public du CHU – Hôpitaux de Rouen reversera 90 % des revenus de toute nature des intéressés au Département, les 10 % restants étant mis à la disposition des intéressés mensuellement pour leur usage personnel, dans la mesure de leurs capacités cognitives.

A défaut, cet argent est déposé à la Trésorerie et permet de subvenir aux besoins du résident en termes de vêtements, produits d'hygiène.... sur présentation de factures établies au nom du résident. Cette somme ne peut être inférieure à 1% du montant annuel de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (96 € au 01/04/2014).

Des demandes d'allocations (allocation personnalisée d'autonomie, allocation personnalisée au logement) peuvent être faites avec l'aide de l'assistante sociale de l'établissement pour compléter les ressources.

1.2.6 : Mutuelle

Certaines prestations n'étant pas comprises dans le forfait soins, des frais peuvent rester à la charge du résident. Il est donc fortement recommandé au résident (ou à son représentant) de souscrire une mutuelle.

II – VIE INTERIEURE

II – 1 - Visites

Les résidents peuvent recevoir leur famille et leurs amis.

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des résidents, ni gêner le fonctionnement de l'établissement.

Ils doivent respecter les horaires du service pour les visites, sauf dérogation accordée et justifiée par une situation particulière.

En dehors des familles et entourage proche du résident, peuvent avoir accès dans les locaux communs de l'établissement, les membres habilités des Associations ou Organismes ayant obtenu préalablement l'agrément de l'administration.

La même disposition est valable pour l'organisation de toute manifestation.

Les journalistes, les démarcheurs ou représentants peuvent avoir accès auprès des résidents, sur accord de ceux-ci et après information préalable de l'administration et accord médical.

II – 2 - Protection des résidents

En cas de trouble portant préjudice à la tranquillité générale ou à l'intérêt des résidents, le directeur est habilité à interdire les visites ou à faire procéder à l'exclusion des personnes étrangères à l'établissement par décision motivée.

Les résidents peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière quant à leur présence dans l'établissement ; ils peuvent demander l'interdiction de visite aux personnes qu'ils désigneront.

Les résidents bénéficient de la couverture d'une assurance responsabilité civile incluse dans le prix de journée.

Cette garantie couvre la responsabilité civile personnelle encourue par les personnes âgées :

- de leur propre fait,
- du fait du matériel et mobilier qu'elles peuvent détenir dans les locaux pour les dommages causés aux tiers dans l'enceinte et à l'extérieur de l'établissement.

Sont par contre exclus de cette garantie :

- les dommages subis ou causés aux conjoint, ascendants ou descendants, ou du fait du patrimoine personnel du pensionnaire,
- les dommages du fait du patrimoine personnel du résident (mobilier, bijoux, argent...).

II – 3 - Soins d'esthétique et de confort

Un salon de coiffure est installé au rez-de-chaussée de chaque pavillon.

Un pédicure propose ses services dans les unités à l'entrée du résident, puis selon ses besoins.

Ces deux prestations sont sans coût supplémentaire selon un calendrier préétabli. En cas d'absence de la coiffeuse ou de l'esthéticienne, la prestation peut ne pas être assurée sur une période.

II – 4 - Téléphone – Téléviseur

Tout résident a la possibilité d'obtenir l'ouverture d'une ligne téléphonique à sa charge dans sa chambre.

Seuls, les téléviseurs fournis par l'établissement peuvent être installés dans les chambres.

II - 5 - Courrier

Le courrier est donné directement aux personnes et éventuellement renvoyé aux familles pour les personnes placées sous régime de protection juridique et disposant d'un référent identifié.

II - 6 - Repas

Les résidents ont la possibilité de prendre leurs repas dans les salles à manger, les lieux de vie en fonction de leur souhait. Le déjeuner et le dîner en chambre ne sont réservés qu'aux résidents dont l'état de santé le nécessite.

Les menus sont affichés de façon hebdomadaire dans les salles à manger et les lieux de vie. Les régimes alimentaires particuliers prescrits par les médecins sont respectés. Une commission des menus se réunit en présence de résidents et de représentants de l'Unité Centrale de Production Alimentaire pour élaborer des repas.

Un résident peut inviter à sa table un ou des membres de sa famille ou amis de son choix à titre payant (les tickets repas sont délivrés par les agents des Espaces Accueil Clientèle), à condition d'en avoir fait la demande préalable auprès de l'équipe (fêtes, anniversaires ...).

Les repas sont servis selon les plages horaires déterminées dans chaque site.

II -7 - Linge

L'établissement fournit le linge hôtelier.

Le linge personnel doit être marqué par l'établissement au nom du résident à son admission, le détail d'un trousseau conseillé est proposé lors de l'entrée du résident. Son entretien peut être assuré par la famille ou par l'établissement sans coût supplémentaire. Il est cependant conseillé aux familles d'entretenir le linge délicat (, gilets de laine sans code d'entretien, mohairs...).

Un inventaire du linge personnel est réalisé par le service à l'entrée. Le linge apporté au cours du séjour doit être remis à l'agent du pressing qui se chargera du marquage.

En cas de perte ou détérioration, une déclaration doit être réalisée dans les meilleurs délais auprès de la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques du CHU - Hôpitaux de Rouen. Seul le linge marqué par l'établissement peut faire l'objet d'une réclamation.

II - 8 - Animaux

En EHPAD, la présence de certains animaux familiers, lors des visites, est acceptée dans l'enceinte de l'établissement **sur autorisation préalable de la direction.**

II - 9 - Locaux

Le résident a la libre disposition de son logement et il peut apporter des bibelots, voire des petits meubles sans créer de gêne à la circulation.

Le résident doit veiller à respecter le bon état des locaux et équipements mis à sa disposition.

Des dégradations volontaires peuvent entraîner l'exclusion du résident et engager sa responsabilité.

Les résidents disposent de la clé de leur logement.

II – 10 – Sécurité

Pour des raisons de sécurité et de respect de l'environnement, il est interdit de :
- jeter tout objet par les fenêtres et d'y étendre du linge,

- déposer sur les téléviseurs des récipients contenant des liquides ou masquant les aérations,
- conserver et d'utiliser dans son logement :
 - . des matières dangereuses (appareils à gaz, essence, pétrole...),
 - . d'obstruer par quoi que ce soit les canalisations et les aérations,
 - . de s'opposer à l'exécution de travaux de réfection.

De même, il est interdit d'utiliser des appareils chauffants (fers, radiateurs, réchauds), mais l'usage d'une bouilloire électrique est toléré.

L'ajout d'appareil électroménager doit être validé par l'équipe pour des raisons de sécurité.

L'établissement dispose d'une clef passe-partout permettant l'accès à toutes les chambres en cas de problème (chute, incendie ...).

Les résidents pourront émettre dans le domaine de la sécurité toutes suggestions utiles auprès de la direction.

II -11 - Tabac

En EHPAD et en USLD, il est interdit de fumer dans les espaces communs (lieux de vie, réfectoires, couloirs...) comme le prévoit le décret du 15 Novembre 2006 et la circulaire du 8 Décembre 2006.

De plus, il est impossible de fumer dans les chambres car elles sont toutes munies de détecteurs de fumée qui déclencheraient l'alarme incendie en cas d'émanation de fumée.

Le non-respect de ces dispositions entraîne la responsabilité du résident et entre dans le cas des incompatibilités avec la vie en collectivité susceptible de résiliation du contrat (cf point 4.2 du contrat de séjour).

II - 12 – Respect d'autrui

Il est demandé aux résidents de faciliter le bon déroulement de la vie en communauté et notamment de :

- utiliser avec discrétion les appareils radios et télévisés,
- éviter tout bruit gênant autrui,
- se conformer aux mesures de sécurité.

Lorsqu'un résident, dûment averti, cause des désordres persistants, le directeur prend toutes les mesures appropriées pouvant aller, éventuellement, jusqu'à l'exclusion du résident perturbateur.

II - 13 – Pourboires

Aucune somme d'argent ou présent de quelque nature ne doit être remis aux personnels, sauf à exposer leur responsabilité, par les résidents ou leur famille.

III – ACTIVITES ET LOISIRS

III – 1 – Libre choix

Les résidents sont entièrement libres de participer ou non aux activités proposées par l'établissement.

III – 2 – Activités proposées par l'établissement

L'établissement organise un certain nombre d'activités dont :

- des travaux créatifs et ludiques,
- suivi de l'actualité,

- des sorties,
- des animations lors des fêtes (anniversaires, fêtes nationales ...),
- activités de la vie quotidienne.

Par ailleurs, des loisirs gratuits ou à faible participation financière sont aussi proposés aux résidents par l'intermédiaire d'associations autorisées par l'établissement : sorties, spectacles, vacances pour les résidents qui le peuvent.

IV – SUIVI MEDICAL

IV – 1 – Médecin traitant

Tout résident, en EHPAD, a le libre choix de son médecin traitant. Un médecin attaché à l'établissement est à la disposition des personnes qui le désirent.

Avec l'accord du résident, et sur rendez-vous, sa famille peut rencontrer le médecin référent. Tout résident en USLD bénéficie d'un suivi médical par un praticien hospitalier dédié appartenant à la structure.

IV – 2 – Changement de chambre pour raison médicale

Pour des raisons médicales, il peut être demandé à un résident de changer de chambre ; la famille du résident est informée de ce transfert.

IV – 3 – Médicaments

Le personnel se charge du stockage et de la distribution des médicaments.

IV – 4 - Transfert pour raison médicale

Toutes les dispositions sont prises pour transférer immédiatement le résident dans l'un des sites du C.H.U. – Hôpitaux de Rouen ou dans un établissement de son choix, si son état de santé le nécessite. La famille du résident est informée de ce transfert.

IV – 5 – Aggravation de l'état de santé

La famille ou les proches sont prévenus immédiatement et par tous les moyens appropriés de l'aggravation de l'état de santé du résident, de son hospitalisation et/ou du décès de celui-ci.

La famille peut si elle le souhaite reprendre le corps dans le cadre de la réglementation en vigueur.

Le résident sera transféré à la chambre mortuaire de l'établissement. Ce transfert donne lieu à facturation selon les modalités en vigueur au CHU - Hôpitaux de Rouen.

La famille exerce son libre choix de la compagnie des pompes funèbres

Après décès, les espèces, valeurs et bijoux sont remis au régisseur de l'établissement qui les dépose à la Trésorerie Principale du CHU - Hôpitaux de Rouen. La famille pourra les retirer sur présentation d'un certificat d'hérédité ou d'une attestation précisant le lien de parenté.

Les vêtements et objets usuels sont remis aux ayants droits du résident.

V – CONSEIL DE VIE SOCIALE (Uniquement pour les EHPAD)

Le décret n° 2004-287 du 25 mars 2004 prévoit la mise en place et le fonctionnement d'un Conseil de la Vie Sociale des institutions sociales et médico-sociales assurant un hébergement ou un accueil de jour continu.

Attributions

Le Conseil de la Vie Sociale (CVS) donne son avis et peut faire des propositions sur toute question intéressant le fonctionnement de l'établissement, notamment sur :

- l'organisation intérieure et la vie quotidienne de l'établissement,
- les activités, l'animation socioculturelle et les services thérapeutiques,
- l'animation de la vie institutionnelle et les mesures prises pour favoriser les relations entre ces participants ainsi que les modifications substantielles touchant aux conditions de prise en charge,
- les projets de travaux et d'équipements,
- la nature et le prix des services rendus par l'établissement,
- l'affectation des locaux collectifs,
- l'entretien des locaux,
- la fermeture totale ou partielle de l'établissement,
- les relogements prévus en cas de travaux ou de fermeture.

Le Conseil de la Vie Sociale doit se réunir au moins trois fois par an.

Composition

Le Conseil de la Vie Sociale comprend au moins :

- 2 représentants des usagers de l'Etablissement et des familles,
- 1 représentant du personnel,
- 1 représentant de l'établissement.

Le Directeur de l'établissement ou son représentant participe aux réunions avec voix consultative.

Le résident (ou son représentant)

Approuvé le.....

Nom, Prénom.....

Signature

Le Directeur,

Date.....

Nom, Prénom.....

Signature

CHARTRE DES PERSONNES AGEES DEPENDANTES

La vieillesse est une étape pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif.

Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens.

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits.

1. Choix de vie

Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.

2. Domicile et environnement

Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.

3. Une vie sociale malgré les handicaps

Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.

4. Présence et rôle des proches

Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.

5. Patrimoine et revenus

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.

6. Valorisation de l'activité

Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à conserver des activités.

7. Liberté de conscience et pratique religieuse

Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

8. Préserver l'autonomie et prévenir

La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.

9. Droit aux soins

Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme toute autre, accès aux soins qui lui sont utiles.

10. Qualification des intervenants

Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.

11. Respect de la fin de vie

Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.

12. La recherche : une priorité et un devoir

La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.

13. Exercice des droits et protection juridique de la personne

Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés non seulement ses biens mais aussi sa personne.

14. L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion

L'ensemble de la population doit être informée des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

Fondation Nationale de Gérontologie

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale - 1999

ANNEXE 7

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
174/213

Annexe 7 : REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT DU SSIAD

SERVICE DE SOINS INFIRMIERS A DOMICILE
SITE SAINT-JULIEN

REGLEMENT DE FONCTIONNEMENT

Rue G. Lecointe
76140 LE PETIT QUEVILLY

Tél. : 02.32.88.65.35

Fax : 02.32.88.09.78

ssiad.saint-julien@chu-rouen.fr

Bus ligne 41 Arrêt "Saint-Julien"
ligne 6 Arrêt "Elisa Lemonnier"

Transports en commun

Métro Boulingrin/Grand-Quevilly
"Georges Braque " Arrêt Saint-Julien"

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

175/213

SOMMAIRE

1 -	Préambule.....	3
2 -	Diffusion du règlement de fonctionnement.....	3
3 -	Mission du service.....	3
4 -	Modalités d'accès au service.....	3
5 -	Admission.....	3
6 -	La personne référente.....	3
7 -	Pendant la prise en charge.....	4
8 -	Interruption de la prise en charge et reprise éventuelle.....	4
9 -	Cessation de la prise en charge.....	4
10 -	Les règles d'hygiène, de sécurité et de confort.....	4
11 -	Coordination.....	5
12 -	Les soins.....	5
13 -	Modalités d'intervention du service.....	5
14 -	Droits et obligations de l'utilisateur pris en charge par le service.....	5
16 -	Sécurité des personnes et des biens.....	5
16 -	Dossier de l'utilisateur et communication.....	6
18 -	Assurance.....	6
18 -	Evaluation de la qualité du service et de la satisfaction des usagers.....	6
19 -	Contestations ou réclamations.....	6
20 -	Mesures en cas d'urgence.....	6

■ Préambule

Conformément à la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale et au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, ce règlement de fonctionnement définit les limites, les droits et les devoirs respectifs du service et des personnes prises en charge en SSIAD. Il est annexé au livret d'accueil.

Art. 1 – Diffusion

Ce document est remis au moment de la prise en charge par le service, aux usagers et à leurs éventuels représentants légaux.

Sont également remis au moment de la prise en charge :

- Le livret d'accueil
- La charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante
- La charte des droits et libertés de la personne accueillie
- Le document individuel de prise en charge qui précise la nature et les modalités de dispensation des soins et des interventions en fonction des besoins spécifiques des usagers
- Le guide pratique du service
- Diverses plaquettes d'information sur les droits de l'usager.

Art. 2- Mission du service

Le SSIAD intervient au domicile de la personne et délivre, sur prescription médicale, des soins d'hygiène corporelle, de réadaptation et d'accompagnement psychologique. Il apporte également une aide spécifique pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie quotidienne auprès des :

- personnes âgées de 60 ans et plus
- personnes adultes de moins de 60 ans présentant un handicap
- personnes adultes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques.

Conformément au décret n° 2004-613 du 25 juin 2004, la capacité d'accueil du service est fixée par l'Agence Régionale de Santé pour un secteur géographique déterminé (voir le livret d'accueil).

Art. 3- Modalités d'accès au service

Le SSIAD se situe rue G. Lecoq au sein du CHU-Hôpital Saint Julien de PETIT-QUEVILLY.

Tél. 02.32.88.65.35

Les horaires d'ouverture des bureaux sont du lundi au vendredi de 8 h à 16 h.

Les bureaux sont fermés le samedi, le dimanche et les jours fériés.

En dehors des heures et jours d'ouverture des bureaux, un répondeur téléphonique est à la disposition des usagers et est consulté quotidiennement par le personnel soignant.

Art. 4- Admission

Avant l'admission en SSIAD, l'infirmière coordinatrice apporte à la personne une information compréhensible et adaptée à sa situation sur l'organisation et le fonctionnement du service, afin de lui permettre un choix éclairé.

La personne peut être accompagnée lors de ces échanges par une tierce personne qu'elle même désigne. Si la personne est placée sous protection juridique, l'information est donnée également à son représentant légal.

La personne a droit à toute information la concernant et au respect de la confidentialité de ces informations. Les locaux du service permettent aux heures d'ouverture et sur rendez-vous un accueil personnalisé garantissant les conditions d'écoute et de confidentialité des échanges.

L'admission dans le service est subordonnée à une prescription médicale. Elle est prononcée à l'issue d'une évaluation individualisée des besoins, réalisée par l'infirmière coordinatrice, en présence de l'usager.

Cette évaluation définit par ailleurs, si l'assistance d'un tiers est nécessaire lors de l'intervention du service.

Lorsque l'utilisateur est titulaire de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie, cette évaluation prend en compte les préconisations formulées par le plan d'aide, réalisées par les équipes médico-sociales.

Au moment de l'admission, l'utilisateur doit fournir impérativement les éléments suivants :

- Une photocopie de l'attestation d'immatriculation à la sécurité sociale
- La prescription médicale du médecin traitant ou du médecin hospitalier.

Art. 5- La personne référente

L'utilisateur est invité, au moment de son admission dans le service, à désigner une personne référente.

La personne référente est une personne de l'entourage du patient que celui-ci aura désignée, s'il le peut, auprès de l'équipe soignante pour recueillir les informations le concernant et les transmettre à son entourage. Cette démarche pourra être directement effectuée auprès de son entourage, s'il n'est pas en mesure de le faire. Ceci permet d'améliorer la qualité des informations transmises.

Art. 6 - Pendant la prise en charge

Au cours de la prise en charge, tout changement de l'état de santé de l'utilisateur ou des conditions de son maintien au domicile donne lieu à une nouvelle évaluation de sa situation par l'infirmière coordinatrice afin de redéfinir et de réajuster les prestations. Ce changement se fait avec l'accord de la personne soignée et dans les limites des missions du service.

L'utilisateur, sa famille ou son représentant légal, s'engage à informer le service de toute modification concernant sa prise en charge (changement de médecin traitant, changement d'infirmier libéral).

Art. 7- Interruption de la prise en charge et reprise éventuelle

- L'intervention au domicile peut être interrompue à la demande de l'utilisateur pour une absence temporaire. Dans ce cas, l'infirmière coordinatrice doit être prévenue huit jours avant. L'intervention est rétablie à la date programmée sous réserve qu'elle corresponde à la mission du SSIAD.

- Si l'intervention doit être suspendue pour une hospitalisation, l'infirmière coordinatrice doit être prévenue dès la prescription du médecin traitant ou du service hospitalier.

- Si la durée de l'hospitalisation est plus longue que prévue, il est demandé à la personne référente d'en informer l'infirmière coordinatrice. La reprise des soins se fait sur prescription médicale, en fonction des possibilités d'accueil du service et après une nouvelle évaluation de l'utilisateur par l'infirmière coordinatrice.

Art. 8- Cessation de la prise en charge

L'intervention du SSIAD peut être interrompue à tout moment.

- A l'initiative de l'infirmière coordinatrice, lorsque les conditions d'hygiène et de sécurité ne sont pas remplies et que les prestations établies dans le cadre du document individuel de prise en charge ne peuvent être réalisées.

- En cas d'amélioration de l'état de santé de l'utilisateur, ne relevant plus d'une prise en charge par le SSIAD, le service peut résilier la prise en charge et proposer d'autres solutions plus adaptées (relais avec association d'aide à la personne).

- En cas de non respect des dispositions du règlement de fonctionnement ou du document individuel de prise en charge par l'utilisateur ou sa famille, le service peut résilier la prise en charge.

- La résiliation peut être prononcée par le médecin traitant ou par le Médecin Conseil de la caisse d'assurance maladie s'il considère que l'utilisateur ne relève plus d'une prise en charge par le SSIAD.

Art. 9- Les règles d'hygiène, de sécurité et de confort

Le domicile de l'usager doit être accessible et conforme aux règles d'hygiène et de sécurité et de confort afin de permettre une intervention efficace du service.

En fonction de l'éventuelle aggravation de l'état de santé de l'usager, l'infirmière coordinatrice peut décider la mise en place de matériels spécifiques et le recours à une tierce personne (entourage, auxiliaire de vie) pour effectuer les soins en binôme lors de chaque intervention.

- Lit médicalisé
- Matelas anti-escarre
- Barrières de lit
- Potence
- Soulève-malade
- Verticalisateur
- Fauteuil roulant
- Fauteuil de confort
- Chaise garde-robe
- Déambulateur, etc....
- Aménagement de l'environnement (meubles à déplacer, pièce à organiser...)

La mise en place de ce matériel reste sous le contrôle du SSIAD.

Art. 10- Coordination

L'infirmière coordinatrice assure la coordination des soins et des interventions avec les professionnels de santé, médecins traitants, infirmiers libéraux, sociaux et médico-sociaux assistante sociale, services d'aide à domicile, Centre Communal d'Action Sociale, etc.

L'infirmière coordinatrice établit les relations professionnelles avec les structures hospitalières et le service d'hospitalisation à domicile pour garantir la continuité des soins.

Art. 11- Les soins

Les prestations des soins sont dispensées (en application des protocoles de soins du CHU de ROUEN) par des aides-soignantes diplômées.

L'usager ne peut choisir le personnel soignant salarié du SSIAD et réciproquement.

Les actes infirmiers

Ils sont effectués par les infirmiers libéraux désignés par la personne soignée. Les infirmiers libéraux doivent être conventionnés avec le CHU-Hôpitaux de ROUEN. Ils assurent tous les soins techniques relevant de leur rôle propre (pansements, injections, perfusions, préparation et distribution de médicaments etc..). Ils collaborent avec l'infirmière coordinatrice et l'aide-soignante à la cohésion des soins. Ils sont responsables des actes qu'ils exécutent sur prescription médicale. Les factures des actes infirmiers sont prises en charge par le SSIAD. Pendant la durée de la prise en charge par le service, aucun acte ne doit être réglé par l'usager à l'infirmier libéral.

Le service peut refuser une admission si l'usager ou son référent souhaite un infirmier libéral non conventionné et qui refuse une convention avec le CHU-Hôpitaux de ROUEN.

Si au cours de la prise en charge, le médecin traitant modifie la prescription des actes infirmiers, l'usager ou son référent doit en informer l'infirmière coordinatrice du service.

Les actes de pédicurie des personnes diabétiques sont également pris en charge par le SSIAD après accord de l'infirmière coordinatrice, sous réserve d'une convention signée par le pédicure-podologue avec le CHU-Hôpitaux de ROUEN.

Les stagiaires

Le SSIAD, unité du CHU-Hôpitaux de ROUEN, accueille des stagiaires en formation professionnelle. Ces stagiaires accompagnent le personnel du service de soins dans son travail au domicile.

Art. 12- Modalités d'intervention du service

Les modalités d'intervention du service sont fixées dans le Document Individuel de Prise en Charge signé par la personne soignée ou son représentant légal et par le Directeur du site SAINT-JULIEN.

Ces modalités d'intervention mentionnent la tranche horaire des passages, leurs fréquences et la durée des interventions en fonction de l'état de santé de l'usager, de la prescription médicale, de l'évaluation de l'infirmière coordinatrice et des moyens du service. Les week-ends et jours fériés, le service interviendra selon les priorités qu'il aura évaluées.

Le Document Individuel de Prise en Charge est soumis à un avenant en cas de modification des modalités d'intervention de la prise en charge.

Le service s'engage à respecter dans la mesure du possible, la tranche horaire définie au moment de l'évaluation. L'horaire peut être modifié en fonctions d'aléas tels qu'une intervention plus longue chez l'usager précédent, les intempéries, les absences de personnel. En cas de difficulté majeure, l'intervention peut être supprimée. Dans tous les cas, l'infirmière prévient l'usager.

Toute demande exceptionnelle de changement d'horaire d'intervention de la part de l'usager doit être faite auprès de l'infirmière coordinatrice. Il est à souligner que toute modification d'horaire entraîne également des modifications d'horaires de passages pour les autres personnes soignées.

Art.13 – Droits et obligations de l'usager pris en charge par le service

Les usagers du SSIAD bénéficient des droits et libertés qui leur sont reconnus par les Chartes de la personne accueillie et de la personne âgée dépendante.

A ce titre, le personnel soignant délégué par le service, est tenu de respecter la dignité, l'intimité, la confidentialité des informations concernant les usagers, les convictions philosophiques, politiques et religieuses des personnes prises en charge.

Les usagers du service et leur entourage sont tenus en retour de respecter le personnel soignant.

Une fois approuvées par l'usager, les dispositions du Document Individuel de Prise en Charge s'imposent à l'usager et à son entourage.

Art. 14- Sécurité des personnes et des biens

Pour garantir la sécurité des usagers pris en charge, l'infirmière coordinatrice du service se rend au domicile selon les nécessités.

Tout acte de violence physique ou morale ou de mise en danger perpétué sur un membre du personnel du service peut entraîner l'interruption de la prise en charge.

Tout soupçon de maltraitance ou de négligence décelé par l'entourage de l'usager doit être immédiatement signalé à l'infirmière coordinatrice ou au médecin traitant.

Les faits de violence sur autrui sont susceptibles d'entraîner des procédures judiciaires.

Il est rappelé aux usagers ainsi qu'à leur entourage qu'il est interdit au personnel du service d'accepter des pourboires, des gratifications, des donations, des legs, des procurations sur les comptes bancaires de l'usager.

Si la personne est dans l'incapacité de se déplacer pour ouvrir la porte du domicile (hall d'immeuble, porte d'entrée, barrière), il sera demandé à l'usager ou à la personne référente de confier une clé du domicile au service.

Le service n'accepte les clés du domicile de l'usager qu'avec son accord ou celui de la personne référente.

Les animaux doivent être tenus à l'écart et enfermés dans un autre endroit que le lieu des soins avant l'arrivée du soignant, pendant la durée des soins et jusqu'à son départ effectif.

Art. 15- Dossier de l'usager et communication

Le traitement des dossiers est en partie informatisé. Le CHU-Hôpitaux de ROUEN s'engage à respecter les directives de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL);

Avant de prononcer l'admission, l'infirmière coordinatrice informe l'usager qu'un dossier consignait des informations administratives et médicales est ouvert au SSIAD. Il est conservé dans des conditions de sécurité et de confidentialité. Conformément à la législation, il est archivé suivant les mêmes principes.

Les informations contenues au dossier de l'utilisateur peuvent être échangées avec des professionnels de santé si elles sont nécessaires à la continuité de la prise en charge.

Art.16- Assurances

Les risques inhérents à l'intervention du service ainsi qu'à la dispensation des soins sont couverts par une assurance souscrite par le CHU-Hôpitaux de ROUEN.

Modalités d'expression des usagers

Art. 17- Evaluation de la qualité du service et de la satisfaction des usagers

Le SSIAD est engagé dans une démarche continue d'amélioration de la qualité. A ce titre, un questionnaire d'évaluation et de satisfaction des usagers est remis à chaque usager quinze jours après sa prise en charge. Une fois rempli par l'utilisateur ou son représentant légal, ce questionnaire est à retourner au service. Pour les prises en charge de longue durée, le questionnaire de satisfaction sera adressé à l'utilisateur une fois par an.

Art. 18- Contestations ou réclamations

Les éventuelles insatisfactions ou réclamations de l'utilisateur (ou personne référente) doivent être transmises à la Direction Générale du CHU-Hôpitaux de ROUEN.

Art. 19- Mesures en cas d'urgence

Les urgences sont prises en charge soit par le médecin traitant, soit par le **SAMU : 15**, soit par les **POMPIERS : 18**.

En cas d'urgence constatée par un soignant, le service se réserve la possibilité de faire appel au médecin traitant ou à son remplaçant ou au médecin de garde du SAMU ou à SOS médecin ou aux pompiers.

Le service se réserve la possibilité de faire intervenir les pompiers en cas de porte close et de non réponse de l'utilisateur.

ANNEXE 8

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
182/213

Annexe 8 : REGLEMENT INTERIEUR DES PAVILLONS AUBETTE ET PILLORE

SOMMAIRE

1-	CONDITIONS D'ACCES	Page 2
2-	LES MODALITES ADMINISTRATIVES	Page 2
3-	DUREE DE SEJOUR	Pages 2 et 3
4-	FRAIS DE SEJOUR	Page 3
5-	LE LOGEMENT	Pages 3 et 4
6-	LA RESTAURATION	Page 4
7-	LE STATIONNEMENT	Page 4
8-	LES ABSENCES	Page 5
9-	LA VIOLENCE	Page 5
10-	LA VIE COLLECTIVE	Pages 5 et 6
11-	LE DROIT DES LOCATAIRES	Page 6

Les pavillons Aubette et Pillore sont des foyers hébergeant des personnes extérieures au CHU de Rouen, venant y exercer des activités de recherche, de formation sur un temps limité.

Ces résidences disposent de chambres réparties comme suit :

- **Aubette** : 10 chambres individuelles avec douches (202, 203, 204, 206, 208, 210, 211, 214, 218,220)

1 studio 2 personnes (207)

- **Pillore** : 8 chambres individuelles (301, 302, 303, 304, 305, 306, 307,308)

Les chambres 301, 307,308 disposent d'une douche individuelle dans la chambre

Les chambres 302, 303, 304, 305,306 disposent de trois douches communes sur le palier.

Ces résidences sont utilisées 24h sur 24h et 365 jours par an.

Ce présent règlement a pour but de préciser les modalités de séjour et d'assurer un bon équilibre de vie à chacun des usagers des chambres. La capacité d'accueil nécessite donc d'établir certaines règles de fonctionnement pour votre sécurité et votre bien-être pendant votre séjour.

La plus stricte neutralité philosophique, politique et religieuse doit être respectée.

Ce présent règlement est conforme à la législation.

1- CONDITIONS D'ACCES

Article 1-1 : Les résidences Aubette et Pillore sont ouvertes à toute personne extérieure dans le cadre d'une formation, d'études, de recherche au sein des services du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Article 1-2 : Pour toute demande de chambre, une demande préalable est obligatoire auprès de la Direction de l'Hôpital Charles Nicolle (DHCN), Service Accueil et Hébergement Interhospitalier, afin de définir les modalités de séjour.

2- LES MODALITES ADMINISTRATIVES

Article 2-1 : Lors de son arrivée, le futur résident doit obligatoirement apporter les pièces suivantes :

- 1 pièce d'identité
- 1 attestation de responsabilité civile

Article 2-2: Afin de finaliser définitivement l'entrée dans la chambre, le futur résident doit signer les documents suivants : Règlement intérieur, contrat de mise à disposition.

3- DUREE DU SEJOUR

Article 3-1: Le passage en résidence Aubette ou Pillore est conçu pour être temporaire. A l'entrée un contrat de mise à disposition entre le futur résident et le CHU-Hôpitaux de Rouen sera établi. Le contrat de mise à disposition comprend la définition des objectifs contractuels, la description des prestations, la durée du séjour, les conditions financières du séjour et les clauses résolutoires.

Article 3-2: La durée de séjour ne peut excéder 1an.

Article 3-3: Il peut être mis fin au séjour à une date précise lorsque celle-ci a été préalablement convenue ou lorsque le résident ne remplit plus les conditions nécessaires pour pouvoir être accueilli au sein de ces structures. Toute modification d'une situation sociale et/ou professionnelle devra être signalée au service de location de chambres.

Article 3-4: La résiliation du contrat pour tout motif est effective à condition de respecter un préavis de 48 heures. Le préavis doit être adressé par écrit ou par mail au service Accueil et Hébergement inter hospitalier (mail : claire.lacuisse@chu-rouen.fr).

4- FRAIS DE SEJOUR

Article 4-1: Une redevance est versée directement à l'établissement à l'ordre du Trésor Public, correspondant à la durée du séjour. La redevance comprend le loyer et les charges (énergie, eau, charges de personnel...).

Article 4-2: Le versement du montant de la redevance, fixée par décision du Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen, se fait mensuellement à terme échu.

Article 4-3: Après constat d'une échéance impayée, l'usager est informé par lettre recommandée avec accusé de réception de la poursuite du recouvrement de sa créance.

Article 4-4: A la demande de l'usager et si les conditions financières le justifient, des délais de paiement peuvent être accordés.

Article 4-5: Les usagers sont responsables de leurs clefs qui restent leur propriété sous leur responsabilité durant le séjour. En cas de perte, elles seront facturées.

Article 4-6: Tout démarchage est strictement interdit.

5- LE LOGEMENT

Article 5-1: Tout résident doit souscrire une assurance Responsabilité Multirisques Habitation afin de protéger ses biens personnels et les conséquences de dégâts involontaires.

Article 5-2: Le CHU-Hôpitaux de Rouen dégage toute responsabilité en matière de vols ou de pertes ainsi qu'en cas de pannes électriques pouvant entraîner la défaillance d'appareil d'usage privatif.

Article 5-3: Afin d'éviter tout risque de vol, il est conseillé aux usagers de fermer à double tour la porte en quittant son logement. Concernant les objets personnels, le CHU-Hôpitaux de Rouen ne peut être tenu responsable ni de leur dégradation, ni de leur disparition, y compris dans les locaux communs. Chacun veillera à la protection de ses propres effets. En cas de vol, l'usager doit avertir le service Accueil et Hébergement Inter hospitalier et faire les démarches nécessaires auprès du commissariat de police.

Article 5-4: Tout usager doit entretenir régulièrement son logement. Les déchets ménagers doivent être déposés quotidiennement dans les containers communs mis à disposition.

Article 5-5: Un nettoyage quotidien, en semaine du lundi au vendredi, est effectué par l'équipe de bio-nettoyage. L'accès à la chambre doit être facilité pour cette équipe. Un renouvellement de linge propre est donné le vendredi pour le week-end. Le changement des draps est hebdomadaire.

Article 5-6: Pour des raisons d'hygiène et de sécurité, **il est strictement interdit de cuisiner dans les chambres**. A ce titre, le matériel de cuisine comme les plaques électriques, les micro-ondes, les friteuses, les réchauds à gaz, – sans que cette liste soit limitative – sont **STRICTEMENT INTERDITS**. Lors de l'état des lieux, tout matériel interdit d'utilisation pourra être saisi, conservé et restitué par le service Accueil et Hébergement Inter hospitalier au départ de l'usager.

Il est mis à disposition des usagers, dans chacune des résidences, **une cuisine commune** contenant l'ensemble des matériels de cuisine nécessaires à l'établissement de repas quotidiens, dont l'entretien et le rangement de la vaisselle sont assurés par les locataires.

Par ailleurs les usagers ont la possibilité d'utiliser également le self-service du CHU-Hôpitaux de Rouen, le midi pendant la semaine.

Article 5-7: Il est interdit de sous-louer la chambre, de prêter ses clefs, de loger une tierce personne.

Article 5-8: Il est interdit d'entreposer sur les bordures des fenêtres et de jeter du linge ou tout autre élément pouvant nuire à la propreté, l'esthétique ou au bon aspect des résidences.

Article 5-9: Pour la décoration des chambres, des affiches peuvent être fixées avec des épingles ou de la pâte adhésive. Aucun trou ne devra être percé.

Article 5-10: En ce qui concerne les travaux à effectuer, les usagers signaleront leurs demandes par mail auprès du service Accueil et hébergement Inter hospitalier. Les travaux seront réalisés par les agents du CHU-Hôpitaux de Rouen et pourront intervenir en dehors des heures de présence de l'usager. Toute anomalie doit être signalée.

Article 5-11: Un état des lieux est établi à l'entrée et au départ du résident. Il est signé par les deux parties. Toute dégradation partielle ou totale sera facturée au coût réel.

6- LA RESTAURATION

Article 6-1: La restauration du CHU-Hôpitaux de Rouen est un self-service fonctionnant du lundi midi au vendredi midi.

Article 6-2: L'accès au self-service est assujéti au paiement d'avance de repas.

Article 6-3: Le paiement se fait à l'aide d'un forfait que le client règle soit par chèque bancaire, soit par espèces à la régie du self.

Article 6-4: les horaires d'ouverture du self-service sont de 11h30 à 14h15.

Article 6-5: Par ailleurs dans chaque résidence, une cuisine commune est ouverte afin que les usagers aient la possibilité de se faire à manger en semaine le soir et le week-end.

7- LE STATIONNEMENT

Article 7-1: Les véhicules des usagers peuvent être garés sur le parking du personnel Route de Lyons dans la limite des places disponibles.

Article 7-2: L'accès Pompiers doit être disponible continuellement. Il est donc formellement interdit d'y stationner.

Article 7-3: Afin de garantir la sécurité des bâtiments du CHU-Hôpitaux de Rouen, l'ensemble des accès et parkings sont placés sous vidéo-surveillance.

Article 7-4: Le CHU-Hôpitaux de Rouen décline toute responsabilité en cas de détérioration sur les différents parkings.

8- LES ABSENCES

Article 8-1: En cas d'absence non signalée, d'urgence, ou de situation présentant un caractère anormal ou inhabituel, les agents du CHU-Hôpitaux de Rouen sont habilités à prendre les mesures nécessaires visant à préserver l'intégrité physique et morale des usagers.

Article 8-2: En cas d'absence non signalée par écrit ou par mail et supérieure à 15 jours, le contrat de séjour est rompu unilatéralement.

Article 8-3: En cas de départ furtif, le CHU-Hôpitaux de Rouen ne s'engage pas à garder les affaires de l'usager. Les frais incombant seront facturés.

9- LA VIOLENCE

Article 9-1: Le respect d'autrui est la règle essentielle dans toute vie collective. A ce titre tout acte de violence ou de maltraitance ou de menace de la part d'usager sera automatiquement signalé au service Accueil et Hébergement inter hospitalier et au service médiation-sûreté du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Article 9-2: Toute forme de maltraitance, de violence ou de menace sur autrui sera sanctionnée immédiatement par l'exclusion sur décision du Directeur Général du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Article 9-3: Les faits de violence sur autrui peuvent donner lieu en outre à plainte déposée par la victime auprès des services de Police ou de Gendarmerie compétents, voire directement auprès du Procureur de la République. Le CHU-Hôpitaux de Rouen peut également porter plainte contre tout auteur de violence sur autrui dans l'enceinte de l'établissement.

Article 9-4: Tout acte de violence, de maltraitance ou de menace de la part du personnel doit être signalé et sera sanctionné selon les règles prévues par les statuts et le règlement intérieur applicable aux agents.

10- LA VIE COLLECTIVE

Article 10-1: *Le Tabac, l'alcool et les substances illicites*

Il est interdit de fumer dans les parties collectives de l'établissement, conformément au décret n° 2006-1386 Anti-tabac du 15 novembre 2006.

L'introduction et la consommation d'alcools et produits illicites sont proscrits. Tout état d'ébriété est proscrit.

Des cendriers sont à disposition à l'extérieur des bâtiments. Dans un souci d'hygiène et de propreté, il est demandé de les utiliser et de ne pas jeter les mégots au sol ni par la fenêtre du logement.

Article 10-2: Les parties communes

Il est interdit de dégrader ou salir le matériel commun mis à disposition. Toute dégradation sera facturée.

Les espaces communs (sanitaires, hall, couloirs, cuisine, lingerie...) doivent être respectés et maintenus propres afin de garantir un meilleur confort de vie à chacun. Tout usager doit rendre les locaux propres après toute utilisation. La cuisine et les appareils ménagers doivent être nettoyés après chaque passage.

Article 10-3: Les animaux

Tous les animaux sont interdits dans les parties communes et privatives.

Article 10-4: Les horaires

Les résidences sont ouvertes 24h sur 24h et 365 jours par an. L'accès aux parties locatives est réservé aux usagers.

Article 10-5: Le courrier

Le courrier nominatif est acheminé par le vauquemestre du CHU-Hôpitaux de Rouen auprès de l'équipe bio-nettoyage des résidences qui le distribue dans chaque chambre concernée.

Article 10-6: Le bruit

Chacun évitera tout bruit qui puisse nuire à la tranquillité de tous, plus particulièrement entre 22h et 6h du matin (radio, télévision, musique, claquement de portes...).

L'usager s'engage à respecter les règles générales de bienséance vis-à-vis des autres usagers et du personnel.

En cas d'usage trop bruyant et de manière répétitive d'un appareil HIFI ou télé, radio, ordinateur, le service Accueil et Hébergement Inter hospitalier se réserve le droit d'en demander la confiscation temporaire ou définitive. L'appareil sera rendu à son propriétaire à la fin du séjour dans ce dernier cas.

Article 10-7: La sécurité

Les consignes de sécurité affichées dans l'établissement ou énoncées par un membre du personnel, doivent être impérativement respectées.

Les locaux font régulièrement l'objet de visites par les services et organismes de vérification et de contrôle des équipements et installations électriques, de gaz, d'alarme et de protection incendie. A chaque étage se trouve un escalier de secours.

L'établissement tient à jour un registre de sécurité conformément à la réglementation et met en œuvre toutes les mesures nécessaires à la sécurité des biens et des personnes.

11- LE DROIT DES USAGERS

Article 11-1: Les informations concernant les usagers sont protégées par la discrétion professionnelle et le devoir de réserve qui s'impose à tous les agents du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Article 11-2: L'établissement dispose d'ordinateurs destinés à gérer des informations et à mettre en œuvre le service. Sauf opposition de l'usager, certaines informations le concernant, recueillies au cours des entretiens pourront faire l'objet de saisies informatiques. Tout usager a le droit d'accéder à ses données et de les faire modifier en cas de nécessité.

Article 11-3: conformément à la loi n°78.17 du 6 janvier 1978, l'ensemble des données personnelles nominatives demandées par le CHU-Hôpitaux de Rouen en vue d'un traitement automatisé est autorisé après avis de la CNIL.

ANNEXE 9

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
189/213

Annexe 9 : CHARTE DU BON USAGE DE LA MESSAGERIE ELECTRONIQUE

CHARTRE

DU BON USAGE DE
LA MESSAGERIE ÉLECTRONIQUE
CHU-HÔPITAUX DE ROUEN

RISQUES

PRÉVENTION

- 1** Vous êtes submergé(e) de mails

➔ Pensez aussi aux autres par exemple : si on vous invite à une réunion, ne répondez qu'à l'organisateur. Plutôt qu'un mail, décrochez votre téléphone en cas d'urgence, c'est simple comme un coup de fil !
- 2** Le manque de politesse ne vous donne pas envie de lire certains mails

➔ Un simple «bonjour» ou «merci» vous suffirait pourtant.
- 3** Votre collègue envoie directement des mails "en haut lieu" sans informer au préalable son supérieur hiérarchique

➔ Ne vous inquiétez pas, son message restera sans réponse car ce n'est pas la bonne procédure.
- 4** Vous n'arrivez plus à vous déconnecter du travail

➔ Arrêtez de vous faire du mal à la maison : coupez le lien car un petit clic vaut mieux qu'un burn out et passez la main en indiquant un interlocuteur relais dans votre message d'absence.
- 5** Quelqu'un vous diffame et/ou vous insulte par mail

➔ Adressez votre mail à : gestion.messagerie@chu-rouen.fr
Et/ou portez plainte :
«En matière juridique, la preuve par écrit a la plus forte valeur. Les textes prévoient que l'écrit sous forme électronique a la même force probante et est admis au même titre que l'écrit sous forme papier».
- 6** Vous craignez que l'on ouvre vos mails personnels ?

➔ Pensez toujours à saisir "Confidentiel" ou "Privé" ou "Personnel" dans la zone "objet" du mail.
- 7** Quelqu'un a envoyé un mail à votre place

➔ Fermez toujours votre session quand vous quittez votre poste de travail.

© Institut de la Communication en Santé | CHU de Rouen | septembre 2015

ANNEXE 10

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017
191/213

Charte du bon usage des technologies numériques

Volet Utilisateurs

Direction des Systèmes d'Information
Département Méthode, Qualité, Sécurité et Contrôle
Interne

Version document : 17/03/2017

Charte du bon usage des technologies numériques

Volet Utilisateurs

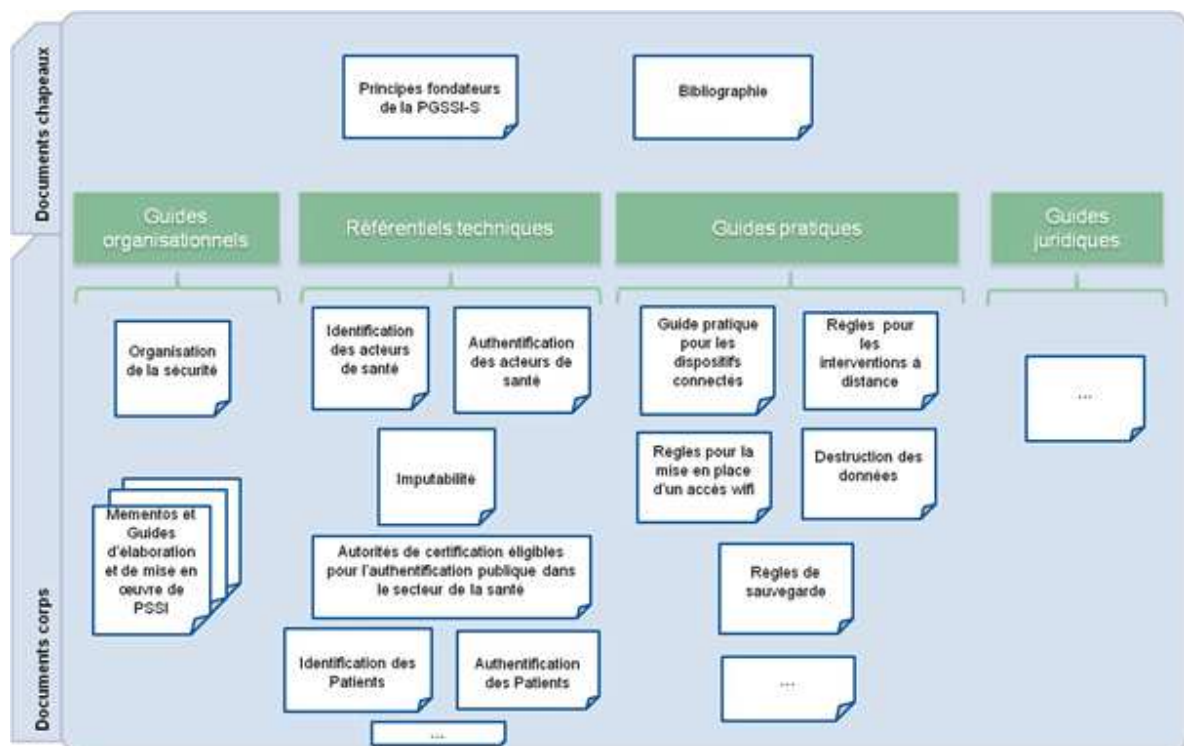
SOMMAIRE

A.	Objet	193
B.	Champ d'application de la Charte	194
C.	Instance de validation de la Charte	194
D.	Définitions	194
E.	Articles	195
	Article 1 : Accès aux systèmes d'information	195
	Article 2 : Gestion des mots de passe et codes d'accès	196
	Article 3 : Verrouillage des postes de travail	197
	Article 4 : Usage de la messagerie électronique professionnelle	198
	Article 5 : Utilisation des Matériels et des espaces de stockage	198
	Article 6 : Usage de l'Internet	199
	Article 7 : Utilisation du système d'information à distance	199
	Article 8 : Confidentialité et Secret professionnel	200
	Article 9 : Propriété intellectuelle	200
	Article 10 : Protection de l'image de l'Etablissement	200
	Article 11 : Existence d'une tolérance d'un usage privé	201
	Article 12 : Dispositions en cas d'absence d'un agent	201
	Article 13 : Preuve	201
	Article 14 : Programme de sensibilisation	202
	Article 15 : Alerte	202
	Article 16 : Sanctions	202
	Textes de référence	203

A. Objet

Ce document constitue la Charte d'utilisation des technologies numériques et des systèmes d'information du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) – Hôpitaux de Rouen.

Ce document est un élément complémentaire de la **Politique de Sécurité des Systèmes d'Information**, document fondateur de la démarche de sécurisation des systèmes d'information CHU-Hôpitaux de Rouen. Il fait partie des référentiels spécifiques définis dans la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S).



Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

193/213

B. Champ d'application de la Charte

La présente Charte définit les droits et devoirs de chaque utilisateur des technologies numériques et des systèmes d'information mis à disposition dans le cadre de l'exercice des métiers.

Il est fait mention de cette charte dans les contrats de travail au titre du respect du règlement intérieur de l'Etablissement, auquel ladite Charte est annexée.

C. Instance de validation de la Charte

Cette charte est un élément annexe du règlement intérieur de l'Etablissement.

Elle rappelle les bonnes pratiques d'usage des technologies numériques, des systèmes d'information et le cadre légal et les lois se référant à l'utilisation des outils : propriété intellectuelle, droits d'auteur, loi informatique et libertés, ...

Elle est donc soumise à l'avis des instances de l'Etablissement :

- Commission Médicale d'Etablissement
- Délégué du personnel par le biais du Comité Technique d'Etablissement (CTE) et du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)
- Conseil d'Administration

Toute modification de la présente charte donne lieu à une présentation des évolutions aux instances citées ci-dessus.

D. Définitions

Des définitions complémentaires issues de la PGSSI-S de l'ASIP Santé sont intégrées à la présente Charte pour en faciliter la compréhension.

Administrateur fonctionnel

Professionnels de santé à qui sont délégués des droits d'administration d'un ou plusieurs logiciels métier donnés.

Administrateur technique

Membre du service informatique en charge des ressources informatiques. Il est soumis au secret professionnel en ce qui concerne les données personnelles ou confidentielles dont il pourrait être amené à prendre connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

CIL

Correspondant Informatique et Libertés. Personne en charge de veiller au respect de la loi Informatique et Libertés au sein de l'établissement.

Département Méthode, Qualité, Sécurité et Contrôle Interne

Département en charge des méthodes, de la qualité, de la sécurité des systèmes d'information, du contrôle interne. Le Département est responsable de la production, de la mise en exploitation et du contrôle du respect des procédures et processus opérationnelles et de pilotage de la DSI.

DSI

Direction des Systèmes d'Information. Elle est responsable de l'ensemble des composants matériels (postes de travail, serveurs, équipements de réseau, systèmes de stockage, de sauvegarde et d'impression, ...) et logiciels du système d'information.

Moyens informatiques

Moyens matériels (ordinateurs, serveurs, imprimantes, tablettes, smartphones, tout objet communicant avec le système d'information) et logiciels mis à disposition dans le cadre des fonctions occupées.

Ce document utilise indifféremment les termes "moyens informatiques" ou "ressources informatiques".

Périphériques

Matériels connectés à un poste de travail ou directement sur le réseau local (exemples : clé USB, disque dur externe, imprimante, scanner, ...).

Réseau

Ensemble d'ordinateurs et de machines informatiques communiquant grâce à une technique commune de transmission.

Responsable Sécurité du Système d'Information

Personne chargée de la définition et de la mise en œuvre de la Politique de Sécurité des Systèmes d'Information.

Sécurité

Ensemble des moyens techniques, organisationnels, juridiques et humains mis en place pour la protection du système d'information en terme d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et d'auditabilité.

Système d'information

Ensemble des éléments et règles participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein de l'Établissement et vers ses partenaires externes.

Utilisateur

Toute personne, quel que soit son statut, ayant accès ou utilisant les ressources informatiques dans le cadre de son emploi, d'une prestation ou d'un stage au sein de l'Établissement de Santé

E. Articles

Article 1 : Accès aux systèmes d'information

Identification et identifiant

L'identification a pour but de déterminer l'identité d'un acteur (personne physique, composant technique agissant pour le compte d'une personne morale) via un identifiant qui lui a été attribué préalablement lors de la vérification et de l'enregistrement de ses traits d'identité.

Un identifiant est un attribut donné à un acteur, en lien avec son identité, permettant de différencier deux acteurs même dans le cas où leurs traits d'identité sont similaires ou très proches. Source : Référentiel d'identification des acteurs sanitaires et médico-sociaux [Réf. n°1.1]

Par exemple :

- identifiant constitué de lettres du prénom et du nom de l'utilisateur et complété par un numéro pour distinguer les homonymes « jf.dupont02 » pour un usage interne à la structure (identifiant de portée locale ou « identifiant privé ») ;
- identifiant numérique attribué lors de l'enregistrement d'un médecin dans référentiel d'identité national (répertoire partagé des professionnels de santé RPPS), et stocké dans sa carte de professionnel de santé (CPS) (identifiant de portée nationale ou « identifiant public ») ;
- identifiant, constitué d'une chaîne unique de caractères, enregistré dans le certificat électronique présenté par un serveur web lors de l'établissement de la connexion sécurisée (« https »).

Pour bénéficier d'un accès au système d'information, chaque nouvel utilisateur doit être identifié et déclaré.

Tout départ ou changement d'affectation doit être signalé par les Directions et les Pôles, conformément aux procédures en vigueur, afin que la DSI puisse procéder aux modifications des droits ou à la révocation de ceux-ci.

Les utilisateurs sont responsables de l'utilisation de leur(s) accès au système d'information et des données associées.

Cet accès est strictement personnel et ne peut donc en aucun cas être prêté ou cédé. Il peut être retiré partiellement ou totalement, temporairement ou définitivement, en cas de non-respect de la Charte.

Article 2 : Gestion des mots de passe et codes d'accès

Authentification

L'authentification a pour but de vérifier l'identité dont se réclame une personne ou une machine. S'identifier consiste à communiquer une identité préalablement enregistrée, s'authentifier consiste à apporter la preuve de cette identité. L'authentification est généralement précédée d'une identification. Source : RGS - Référentiel Général de Sécurité [Réf. n°2] §3.2.a.1.

Par exemple :

- authentification de l'utilisateur à l'aide d'un mot de passe connu de lui seul ;
- authentification de l'utilisateur à l'aide de sa carte CPx et du code PIN associé connu de lui seul, permettant une authentification réalisée au niveau technique à l'aide de secrets cryptographiques et d'un certificat électronique stockés dans la carte.

Le cas échéant, il peut être prévu que l'authentification (et l'identification préalable) de tout ou partie des acteurs soit réalisée par une personne morale externe à la structure. Il s'agit du cas de l'authentification indirecte et de l'authentification par délégation, décrites au chapitre 4.7 du Référentiel d'authentification des acteurs de santé [Réf. n°1.2].

Habilitation

Dans le cadre de la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé, l'habilitation est la décision fonctionnelle explicite, délivrée sous l'autorité du responsable du traitement informatique concerné, de permettre à un acteur (personne physique, composant technique agissant pour le compte d'une personne morale...), qu'il soit interne ou externe, d'accéder à certaines informations ou fonctions de ce SI qui sont nécessaires à la réalisation des activités dont il a la charge. Définition établie dans le cadre de la PGSSI-S sur la base des définitions données par l'Instruction générale interministérielle n° 1300/SGDSN/PSE/PSD [Réf. n°4] et la RFC 4949 [Réf. n°3] « authorization ».

La gestion des habilitations recouvre les processus qui permettent :

- de définir le périmètre couvert par les différentes habilitations possibles et d'organiser ces habilitations ;
- de gérer le cycle de vie complet (attribution, évolution et retrait) des habilitations aux acteurs qui le nécessitent, selon des conditions fixées. Une habilitation peut être :
 - soit délivrée à un acteur explicitement identifié : cas d'une habilitation attribuée nominativement à une personne. Ce mode d'attribution est appelé « attribution discrétionnaire ». Par exemple, dans une structure, quatre personnes nominativement désignées sont habilitées par le responsable du SI à réaliser les sauvegardes informatiques : deux titulaires et deux suppléants.
 - soit établie de manière générique, sous forme de règles indiquant les conditions requises pour les acteurs et les permissions d'accès aux informations ou fonctions du SI associées. Le mode d'attribution « par profil utilisateur » entre dans ce cadre. Par exemple, dans un établissement de santé, les médecins sont habilités par le responsable du traitement, qui applique la loi en vigueur, à consulter et à mettre à jour le dossier médical informatisé des patients qu'ils prennent en charge.

Imputabilité et traces

La norme ISO/CEI 27000:2014, Technologies de l'information – Techniques de sécurité – Systèmes de management de la sécurité de l'information – Vue d'ensemble et vocabulaire

[Réf. n°8], définit l'imputabilité comme la « responsabilité d'une entité par rapport à ses actions et ses décisions ».

Au sein d'un système d'information, l'imputabilité vise :

- à attribuer à chaque utilisateur ou à chaque machine l'intégralité des actions qu'il a effectuées sur le système d'information ;
- à s'assurer que chaque action est attribuée de façon univoque à l'utilisateur ou la machine l'ayant effectuée.

Dans le cadre des systèmes d'information, une trace correspond à un ensemble de données générées pour refléter une action sur le système ainsi que son contexte d'occurrence (ex. : type d'action, auteur de l'action, date et heure de l'action, données concernées...). Les traces contribuent à gérer l'imputabilité dans un SI en permettant la conservation du lien entre les actions réalisées sur le système d'information et leurs auteurs. Source : Référentiel d'imputabilité [Réf. n°1.3]

Chaque utilisateur dispose d'un compte nominatif lui permettant d'accéder aux applications et aux systèmes informatiques de l'Établissement, selon les habilitations dont il dispose.

L'identifiant et le mot de passe sont strictement personnels à chaque utilisateur.

L'utilisateur reconnaît et accepte que son identifiant et son mot de passe constituent une preuve qu'il est responsable de l'utilisation des moyens informatiques de l'Établissement.

Les règles relatives au mot de passe mises en place pour l'accès au poste de travail (hors cartes professionnelle CPx) sont :

- 8 caractères minimum avec 4 types différents (majuscules, minuscules, chiffres et caractères spéciaux),
- pas d'usage de nom, de prénom ou de mot du dictionnaire,
- pour éviter aux utilisateurs de les réutiliser, les 5 derniers mots de passe de l'utilisateur sont conservés en mémoire,
- un blocage du compte est prévu après saisie de 3 mots de passe erronés,
- l'utilisateur doit changer dès sa première connexion le mot de passe afin de le personnaliser. Le mot de passe sera également à réinitialiser dans le cas d'un renouvellement consécutif à un oubli.

Un processus automatique de renouvellement est mis en place pour rendre obligatoire ce changement de mot de passe tous les 90 jours maximum.

Les utilisateurs s'engagent à ne jamais communiquer leur mot de passe. Ils s'engagent à ne pas autoriser d'accès à leur compte et à ne pas prêter ou céder leurs moyens d'authentification, dont la carte CPx, même pour une situation temporaire. Chaque utilisateur est responsable de son compte et de l'usage qui en est fait.

Il est interdit d'accéder ou de tenter d'accéder à des ressources ou programmes informatiques pour lesquels une habilitation valide n'a pas été délivrée.

Les utilisateurs s'engagent également à signaler, auprès du Responsable Sécurité du Système d'Information, par mail à l'adresse de messagerie DIRSecurite@chu-rouen.fr, toute tentative de violation de leur accès individuel au système d'information ou toute possibilité d'accès à une ressource informatique ne correspondant pas à leur niveau d'habilitation.

Lors du départ d'un collaborateur, il doit être indiqué auprès des Directions ou les Pôles impactés, conformément aux procédures en vigueur, ce qu'il sera fait des fichiers et courriers électroniques du collaborateur. La carte professionnelle CPx ou les outils d'authentification utilisés doivent être restitués selon les procédures prévues à cet effet par la DSI.

Concernant certaines applications en fin de vie, la DSI peut transmettre un accès (identifiant + mot de passe) imposé.

Article 3 : Verrouillage des postes de travail

La sécurité des ressources mises à la disposition des utilisateurs nécessite de verrouiller son poste de travail en cas d'absence, même de courte durée, et d'utiliser les économiseurs d'écran avec mot de passe afin de préserver la confidentialité des données traitées.

En règle générale, l'utilisateur verrouillera son poste de travail en cas d'absence. Un mécanisme de verrouillage automatique sera activé.

Dans le cadre d'une utilisation de cartes professionnelles CPx, la carte ne doit pas être laissée connectée à un lecteur en l'absence de son propriétaire, le retrait entraînant le verrouillage automatique de la session de l'utilisateur.

Article 4 : Usage de la messagerie électronique professionnelle

La messagerie est réservée à un usage professionnel. **L'usage de la messagerie de l'Etablissement engage la responsabilité de l'utilisateur.**

Les utilisateurs doivent faire preuve de la plus grande correction vis-à-vis de leurs interlocuteurs, dans toutes leurs communications, qu'elles soient internes ou externes.

Il est strictement interdit d'utiliser la messagerie pour des messages d'ordre commercial ou publicitaire, du prosélytisme, du harcèlement, des messages insultants ou de dénigrement, des textes ou des images provocants et/ou illicites, ou pour propager des opinions personnelles qui pourraient engager la responsabilité de l'établissement ou de porter atteinte à son image. Les utilisateurs sont tenus par leurs clauses de confidentialité et de loyauté contractuelles dans le contenu des informations qu'ils transmettent par email.

Une utilisation privée occasionnelle et raisonnable est tolérée. Dans ce cas, un message à caractère privé doit être identifiable sans ambiguïté (par exemple, utilisation des termes « Confidentiel » ou « Privé » ou « Personnel » dans la zone « Objet ») et enregistré dans un espace dédié.

Il convient de faire régulièrement le tri et d'évaluer la pertinence de conserver ou non les messages, particulièrement ceux contenant des pièces jointes. La messagerie électronique ne constituant pas un espace de stockage.

Afin de ne pas surcharger les serveurs de messagerie, les utilisateurs doivent veiller à éviter l'envoi de pièces jointes volumineuses, notamment lorsque le message comporte plusieurs destinataires. Seules les pièces jointes professionnelles de type « documents » ou « images » sont autorisées. Il est rappelé que le réseau Internet n'est pas un moyen de transport sécurisé. Il ne doit donc pas servir à l'échange d'informations médicales nominatives en clair. En l'absence de dispositif de chiffrement de l'information de bout en bout, les informations médicales doivent être rendues anonymes.

Il est recommandé de ne pas divulguer son adresse électronique sur des forums ou sur des sites Internet non professionnels, en raison du risque de virus et de surcharge inutile de la boîte mail par des campagnes de spam.

Tout message suspect doit être signalé au Référent Sécurité du Système d'Information par mail à l'adresse de messagerie DIRSecurite@chu-rouen.fr.

Un outil d'anti spam est déployé afin d'assurer l'efficacité des communications entre l'établissement et son écosystème. Les utilisateurs ont accès à l'interface de gestion de cet outil afin d'identifier leurs interlocuteurs ainsi que les messages bloqués.

Un outil de filtrage d'URL est déployé afin d'empêcher l'accès à des sites présentant des risques de sécurité ou pouvant générer des risques juridiques.

Les messages à diffusion générale sont réglementés selon la procédure de gestion des listes de diffusion en vigueur au sein de l'établissement.

Il est strictement interdit d'ouvrir ou de lire des messages électroniques d'un autre utilisateur, sauf si ce dernier a donné son autorisation explicite.

Article 5 : Utilisation des Matériels et des espaces de stockage

Tout utilisateur d'une ressource informatique mise à disposition par l'Etablissement doit prendre toutes les dispositions pour éviter le vol ou la détérioration du bien. Le matériel, de type poste informatique fixe, poste informatique portable, tablette tactile, smartphone, imprimante, ... est fragile et requiert d'être manipulé de façon adaptée. Les utilisateurs sont sensibilisés aux bons usages des matériels et s'engagent à les manipuler en conséquence.

Poste de travail et logiciels : l'utilisateur n'est pas autorisé à installer des programmes, des matériels ou autres outils informatiques sans l'accord de la DSI et de sa hiérarchie.

Une liste des applications autorisées est disponible sur l'intranet de la DSI ou auprès du Centre de Service aux Utilisateurs en charge de leur installation. Le poste professionnel ne

peut être utilisé que par l'utilisateur (ou parfois le Service, ce qui constitue une exception) auquel il a été affecté, pour les finalités professionnelles définies.

Périphériques USB : les périphériques de type clés USB ou disques durs externes doivent être utilisés à des fins uniquement professionnelles. Seul le matériel appartenant à l'Etablissement, commandé, géré et distribué par la DSI peut être connecté sur le réseau. Tout autre usage constitue une exception validée par la DSI.

Imprimantes : l'utilisateur est responsable du bon usage des imprimantes et responsable des données qu'il imprime. Il doit être attentif à l'imprimante sélectionnée et doit s'assurer de ne pas laisser à la vue de tous les documents sensibles imprimés. Il est recommandé d'utiliser les impressions sécurisées.

Téléphones : les téléphones mis à disposition par l'établissement sont limités à un usage strictement professionnel.

Usage des Smartphones : seuls les téléphones portables fournis par l'Etablissement ou installés par le Centre de Service de la DSI peuvent être connectés au réseau et donc accéder aux systèmes de messagerie ou à d'autres applications internes au système d'information du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Objets communicants : en règle générale, aucun objet communicant (Smartphone, Montre, Bracelet, Carte à puce...) ni aucun objet connecté de santé (DM, DMI ou objet en test) ne peut être connecté au réseau sans l'aval de la DSI, qui aura procédé à toutes les vérifications nécessaires à la validation du dispositif.

Applications en ligne : les applications en lignes, téléchargées gratuitement ou achetées sur les stores (Google, Apple, Microsoft...) à caractère médical ne peuvent être utilisées et intégrées aux processus de soins sans qualification par la DSI et un ou plusieurs Médecins désignés. L'usage sauvage de ce type d'application, sans assurance de respect des critères d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et de traçabilité, sans connaissance détaillée des conditions générales de vente ou d'usage, engage la responsabilité du professionnel de santé usager.

Espaces de stockage : l'utilisateur doit, dans la mesure du possible, maîtriser ses espaces de stockage (pas de doublons, organisation efficace et lisible). Il doit veiller à n'y stocker que des données ayant une valeur professionnelle. Une tolérance est acceptée en ce qui concerne les disques durs des ordinateurs, où **l'utilisateur peut définir un espace personnel explicite.**

Afin de ne pas saturer les espaces de stockage, il convient d'y faire régulièrement le tri et de réévaluer la pertinence des données conservées.

Enfin, il est rappelé que **l'ensemble des documents professionnels doit être stocké sur les espaces réseau dédiés**, sécurisés et sauvegardés, et non pas sur les disques durs des postes de travail, non sécurisés et non sauvegardés.

Article 6 : Usage de l'Internet

Seuls les sites Internet présentant un lien direct avec l'activité professionnelle ont vocation à être consultés.

Le téléchargement de fichiers, de logiciels, de vidéos, d'images, de sons, ainsi que la visualisation en ligne de médias non liés à l'activité professionnelle sont interdits.

La réglementation impose une traçabilité nominative des accès Internet (loi du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme). L'Etablissement assure une traçabilité des navigations Internet et met en œuvre des outils de filtrage adaptés. Un usage inapproprié de l'Internet pourra donner lieu à sanction.

L'Etablissement autorise un usage personnel raisonnable de l'Internet, durant les temps de pause.

Article 7 : Utilisation du système d'information à distance

Les utilisateurs doivent être conscients des risques qu'implique une utilisation des données et des ressources de l'Etablissement dans un autre environnement, notamment en termes de confidentialité.

Les utilisateurs s'engagent à ne pas installer et à ne pas utiliser de logiciels ou procédés leur permettant de prendre la main, de l'extérieur, sur tout poste interne à l'Etablissement.
Les personnels autorisés à accéder aux systèmes de l'extérieur dans le cadre de leur fonction doivent être habilités par la DSI sur demande de leur hiérarchie.
Chaque utilisateur bénéficiant de ce service s'engage à respecter les principes de double authentification mis en œuvre.

Article 8 : Confidentialité et Secret professionnel

Les personnels de l'Etablissement sont soumis au secret professionnel et / ou médical. Cette obligation revêt un caractère fondamental et réglementé lorsqu'il s'agit de données de santé à caractère personnel. Les personnels doivent faire preuve d'une discrétion absolue dans l'exercice de leurs missions, de façon générale.

L'accès aux informations et documents traités et conservés sur les systèmes d'information doit être limité aux stricts besoins. Il est interdit de prendre connaissance d'informations accessibles par les droits d'autres utilisateurs, même si celles-ci n'ont pas été correctement protégées.

En règle générale, les utilisateurs ne doivent pouvoir accéder aux données nominatives et / ou de santé que si celles-ci sont nécessaires à l'accomplissement de leurs missions.

L'accès aux données de santé à caractère personnel des patients par les professionnels de santé habilités se fait à l'aide d'un identifiant et d'un mot de passe strictement personnels, ou d'une carte professionnelle CPx.

Toute création ou modification de fichier comportant des données nominatives ou indirectement nominatives doit, préalablement à sa mise en œuvre, être déclarée auprès du Correspondant Informatique et Libertés (CIL) de l'établissement de santé, à défaut le Responsable de la Sécurité du Système d'Information (RSSI), qui étudie alors la pertinence des données recueillies, la finalité du fichier, les durées de conservation prévues, les destinataires des données, le moyen d'information des personnes fichées et les mesures de sécurité à déployer pour protéger les données. Le CIL procède ensuite aux opérations de déclaration et d'information réglementaires.

Il est rappelé que l'absence de déclaration de fichiers comportant des données à caractère personnel est passible de sanctions financières et de peines d'emprisonnement.

En cas de non-respect des obligations relatives à la loi Informatique et Libertés, le CIL serait informé et pourrait prendre toute mesure temporaire de nature à mettre fin au traitement illégal ainsi qu'informer le responsable hiérarchique de l'utilisateur à l'origine du traitement illégal.

Un mail doit alors être adressé au Correspondant Informatique et Libertés (CIL) à l'adresse de messagerie DIRSecurite@chu-rouen.fr.

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978, relative à l'Informatique, aux Fichiers et aux Libertés, les utilisateurs du Système d'Information disposent d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel les concernant et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité de l'établissement. Ces données à caractère personnel recueillies ne peuvent faire l'objet d'aucune cession ou encore d'une utilisation à d'autres fins que celles définies dans le cadre du traitement.

Article 9 : Propriété intellectuelle

Les clauses énoncées dans les licences des différents logiciels doivent être respectées.

Il est interdit d'effectuer des copies de logiciel pour quelque usage que ce soit, hormis une copie de sauvegarde dans les conditions prévues par le code de la propriété intellectuelle.

Article 10 : Protection de l'image de l'Etablissement

Le droit à l'image concerne les faits et informations de l'Etablissement dans son fonctionnement quotidien, qui n'ont pas à être rendus public. Aucun fichier, quelle que soit sa nature, ne doit être diffusé vers l'extérieur et notamment sur l'Internet, sans motif professionnel autorisé.

L'utilisateur doit s'imposer le respect des lois et notamment celles relatives aux publications à caractère injurieux, raciste, pornographique, diffamatoire, pédophile, négationniste, terroriste ou portant atteinte d'une quelconque façon à la dignité humaine.

L'utilisateur doit faire preuve de la plus grande correction à l'égard de ses interlocuteurs lors de ses échanges électroniques par courrier ou par publication sur des forums professionnels. Il n'émettra pas d'opinions étrangères à son activité professionnelle susceptibles de porter préjudice à l'Etablissement.

Article 11 : Existence d'une tolérance d'un usage privé

Au sein du rapport de 2004 sur la « Cybersurveillance », la CNIL a invité les entreprises à tolérer l'utilisation d'Internet et de la messagerie à des fins personnelles sur le lieu de travail, tout en précisant que cette utilisation devait être « raisonnable ».

Une utilisation à titre privé est tolérée durant les temps de pause si :

- Elle ne perturbe pas la bonne exécution du travail de l'utilisateur
- Elle n'impacte pas les performances des systèmes
- Elle est conforme à la réglementation en vigueur et à la présente Charte
- L'utilisateur n'implique pas l'Etablissement dans cet usage personnel des ressources

Article 12 : Dispositions en cas d'absence d'un agent

Au cas où les procédures dites de « doublonnage » ne soient pas applicables et pour assurer une continuité de l'activité professionnelle, l'employeur peut être amené à accéder à l'espace réseau ou à la messagerie d'un agent absent.

Afin de ne pas porter atteinte à la vie privée des agents, l'employeur applique la jurisprudence. Celle-ci considère que : « tout message reçu ou envoyé depuis le poste de travail mis à disposition par l'employeur a par principe un caractère professionnel. Dans ce cas, l'employeur peut le consulter. Toutefois, si un message est clairement identifié comme étant personnel, l'employeur ne doit pas en prendre connaissance. ».

Il est donc fortement recommandé de privilégier des messageries personnelles dont l'accès est autorisé et tolérée durant les temps de pause. A minima, il est conseillé l'utilisation des termes « Confidentiel » ou « Privé » ou « Personnel » dans la zone « Objet » pour différencier les messages à caractère privé et professionnel sur la messagerie de l'établissement.

Article 13 : Preuve

L'utilisateur reconnaît et accepte que les traces informatisées, conservées dans le système d'information de l'Etablissement dans des conditions raisonnables de sécurité, soient considérées comme les preuves irréfragables de l'utilisation des moyens informatiques de l'Etablissement et des communications.

Le CHU assure une traçabilité sur l'ensemble des accès aux applications et aux ressources informatiques qu'elle met à disposition pour des raisons d'exigence réglementaire de traçabilité, de prévention contre les attaques et de contrôle du bon usage des applications et des ressources.

Par conséquent, les applications de l'établissement, ainsi que les réseaux, messagerie et accès Internet intègrent des dispositifs de traçabilité permettant d'enregistrer :

- L'identifiant de l'utilisateur ayant déclenché l'opération ;
- L'heure de la connexion ;
- Le système auquel il accède ;
- Le type d'opération réalisée
- Les informations ajoutées, modifiées ou supprimées des bases de données en réseau et/ ou des applications de l'hôpital ;
- La durée de la connexion (notamment pour l'accès Internet) ;

Le personnel de la Direction du système d'information respecte la confidentialité des données et des traces auxquelles ils sont amenés à accéder dans l'exercice de leur fonction, mais peuvent les utiliser pour mettre en évidence certaines infractions commises par les utilisateurs.

Article 14 : Programme de sensibilisation

Pour sensibiliser à la sécurisation du SI, la DSI met en œuvre un ensemble de programmes auprès des agents de l'établissement pouvant se décliner sous différentes formes (affichage, message d'information par mail, intervention ciblée). Des communications seront menées régulièrement pour informer les utilisateurs des dangers des technologies numériques et des bonnes pratiques à mettre en œuvre pour s'en prémunir.

Article 15 : Alerte

Tout constat de vol de matériel ou de données, d'usurpation d'identité, de détournement de moyen, de réception de messages interdits, de fonctionnement anormal ou de façon plus générale toute suspicion d'atteinte à la sécurité ou manquement substantiel à cette charte doit être signalé au Responsable de la Sécurité du Système d'Information par mail à l'adresse de messagerie DIRSecurite@chu-rouen.fr.

La sécurité de l'information met en jeu des moyens techniques, organisationnels et humains. Chaque utilisateur de l'information se doit d'avoir une attitude vigilante et responsable afin que les patients bénéficient d'une prise en charge sécurisée et que leur vie privée ainsi que celle des personnels soient respectées.

Article 16 : Sanctions

Les principes posés par la présente Charte visent, en premier lieu, à informer les agents du mode d'utilisation des technologies de l'information et de la communication mises à leur disposition dans le respect des droits et devoirs qui leur incombent.

Les règles définies dans la présente Charte ont été fixées par la Direction générale de l'établissement dans le respect des dispositions législatives et réglementaires applicables (CNIL, ASIP Santé, ...).

L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des détériorations d'informations ou des infractions commises par un utilisateur qui ne se sera pas conformé aux règles d'accès et d'usage des ressources informatiques et des services internet décrites dans la Charte. En cas de manquement aux règles de la présente Charte, la personne responsable de ce manquement est passible de sanctions pouvant être :

- Un rappel ou un avertissement accompagné ou non d'un retrait partiel ou total, temporaire ou définitif, des moyens informatiques ;
- Un licenciement et éventuellement des actions civiles ou pénales, selon la gravité du manquement.

Outre ces sanctions, la Direction générale est tenue de signaler toutes infractions pénales commises par son personnel au procureur de la République

Cette Charte est annexée au Règlement intérieur du CHU-Hôpitaux de Rouen.

Textes de référence

Les textes évoqués dans la suite du document encadrent un corpus réglementaire portant sur les thèmes suivants :

- Le traitement numérique des données et plus précisément le traitement des données à caractère personnel et le respect de la vie privée, le traitement des données personnelles de santé.
- Le droit d'accès des patients et des professionnels de santé aux données médicales.
- L'hébergement et la gestion de données médicales.
- Le secret professionnel et le secret médical.
- La signature électronique des documents et des échanges.
- Le secret des correspondances.
- La lutte contre la cybercriminalité.
- La protection des logiciels, des bases de données et le droit d'auteur.

Code Pénal

- ✓ Loi n°78-17 du 6 janvier 1978, relative à *l'informatique, aux fichiers et aux libertés*, modifiée le 6 août 2004 : Réglemente les systèmes de traitement de l'information contenant des données nominatives.
- ✓ **Le secret professionnel** : Article 226-13 énonce : « *La révélation d'une information à caractère secret par une personne dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.* »
- ✓ **Le secret médical** pour la protection des données médicales nominatives : Article 226-13 & 226-14 du code pénal et Articles 4, 72 & 73, 104 du code de déontologie des médecins (Décret 95-1000 du 6 septembre 1995).
- ✓ Articles 226-13, 226-15, 226-16, 226-17, 226-21 et 226-22 modifiés par la loi du 6 août 2004, relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.
- ✓ Articles 227-23 et 227-24 modifiés par la loi du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance.
- ✓ Articles 323-1, 323-2, 323-3 et 323-5 (Loi Godfrain), modifiés par la loi du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.
- ✓ Loi n°2004-575 du 21 juin 2004 pour la confiance dans l'économie numérique.
- ✓ Loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme et portant dispositions diverses relatives à la sécurité et aux contrôles frontaliers.

Code de la Propriété intellectuelle

- ✓ Articles L335-1 à L335-8 modifiés par les lois du 1^{er} Août 2006 relatives au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information, du 28 octobre 2009 relative à la protection de la propriété littéraire et artistique sur Internet, du 29 octobre 2007 de lutte contre la contrefaçon, du 12 juin 2009 favorisant la diffusion et la protection de la création sur Internet.
- ✓ Articles L342-1 à L342-5 et L343-1 et L343-2 relatifs à la protection des bases de données.

Code de la Santé Publique

- ✓ Article L 1110.4 relatif aux dérogations, la communication d'informations à des proches, et la possibilité d'échange d'informations entre professionnels de santé
- ✓ Article L 1111.7 relatif à la constitution d'un dossier au sein de l'établissement comportant toutes les informations de santé d'un patient et la possibilité pour celui-ci d'accéder à ces informations.

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

203/213

- ✓ Article L 1111.8 relatif à la possibilité des professionnels et établissements de santé de déposer les données de santé à caractère personnel recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins, auprès de personnes morales ou physiques agréées à cet effet.

Réglementation ministérielle

- ✓ PSSI de l'Etat – PSSI MCAS (Ministères chargés des Affaires Sociales et de la Santé)
- ✓ PGSSI-S de l'ASIP Santé
- ✓ Documents ANSSI dont RGS

Charte du bon usage des technologies numériques

Volet MSSanté

Direction des Systèmes d'Information

Département Méthode, Qualité, Sécurité et Contrôle
Interne

Version document : 17/03/2017

Charte du bon usage des technologies numériques

Volet MSSanté

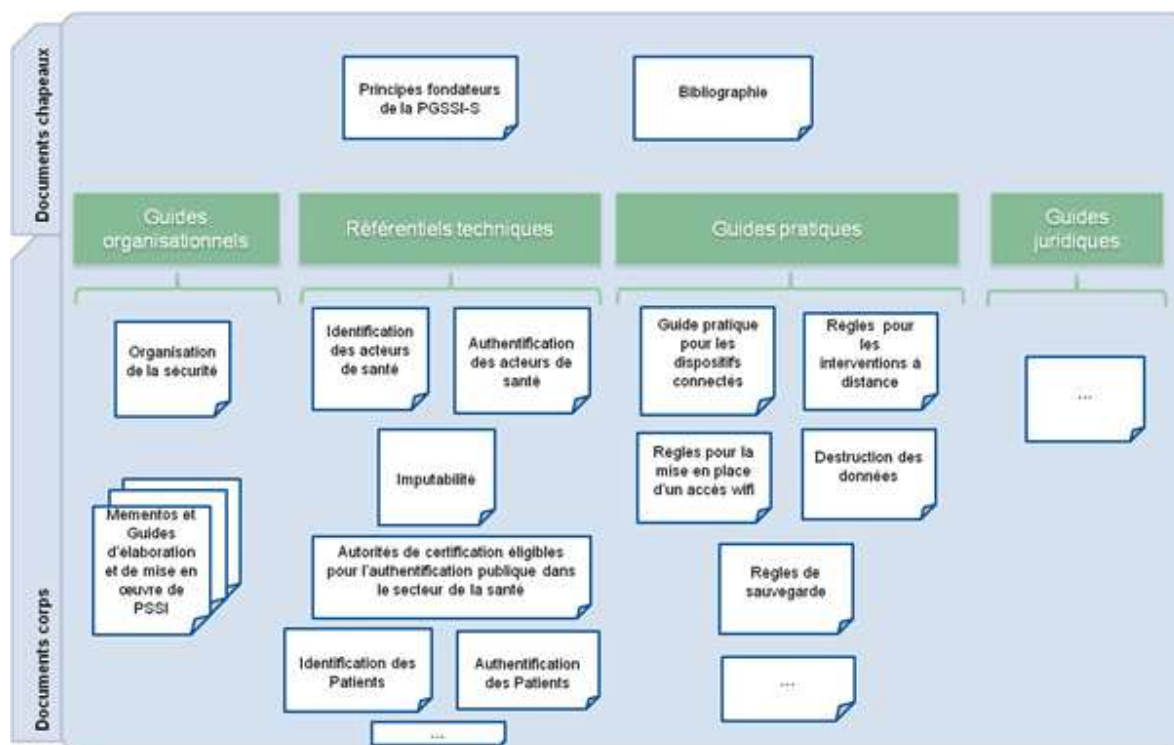
SOMMAIRE

A.	Objet	207
B.	Champ d'application de la Charte	207
C.	Instance de validation de la Charte	207
D.	Définitions	208
E.	Conditions générales d'utilisation	209
I.	Informations générales	209
II.	Type de BAL disponibles	209
1.	Les BAL nominatives	209
2.	Les BAL organisationnelles	209
3.	Les BAL applicatives	210
III.	Principes généraux d'utilisation des BAL MSSanté	210
1.	Nature des données traitées	210
1.1	Données relatives aux professionnels de santé utilisateurs de la MSSanté	210
1.2	Données relatives aux personnes concernées par les données échangées	210
1.3	Données relatives aux personnes en charge de l'administration des équipements et logiciels mis en œuvre pour la MSSanté	211
2.	Information des patients	211
3.	Contenu des messages échangés	211
4.	Destinataires des données	211
5.	Moyens d'authentification	211
6.	Convention de preuve	212
IV.	Durée de conservation des données	212
V.	Responsabilité de l'établissement et de l'utilisateur	212
1.	Responsabilité du CHU-Hôpitaux de Rouen	212
2.	Responsabilité de l'utilisateur	212
VI.	Protection des données à caractère personnel des utilisateurs	212

A. Objet

Ce document constitue la Charte d'utilisation du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) – Hôpitaux de Rouen pour les professionnels de santé sur le système de messagerie sécurisée de Santé (MSSanté) conçu par l'Agence Nationale des Systèmes d'Informations Partagés de Santé (ASIP Santé).

Ce document est un élément complémentaire de la **Politique de Sécurité des Systèmes d'Information**, document fondateur de la démarche de sécurisation des systèmes d'information CHU-Hôpitaux de Rouen. Il fait partie des référentiels spécifiques définis dans la Politique Générale de Sécurité des Systèmes d'Information de Santé (PGSSI-S).



B. Champ d'application de la Charte

La présente Charte définit les droits et devoirs de chaque utilisateur du système de messagerie sécurisé mis à disposition dans le cadre de l'exercice des métiers. Il est fait mention de cette charte dans les contrats de travail au titre du respect du règlement intérieur de l'Établissement, auquel ladite Charte est annexée.

C. Instance de validation de la Charte

Cette charte est un élément annexe du règlement intérieur de l'Établissement. Elle rappelle les bonnes pratiques d'usage des technologies numériques, des systèmes d'information et le cadre légal et les lois se référant à l'utilisation des outils : propriété intellectuelle, droits d'auteur, loi informatique et libertés, ...

Elle est donc soumise à l'avis des instances de l'Établissement :

- Commission Médicale d'Établissement
- Délégué du personnel par le biais du Comité Technique d'Établissement (CTE) et du Comité d'Hygiène et de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT)

Règlement intérieur – dernière modification : décision de la Directrice Générale en date du 2 mai 2017

207/213

- Conseil d'Administration

Toute modification de la présente charte donne lieu à une présentation des évolutions aux instances citées ci-dessus.

D. Définitions

BAL

Boîte aux lettres

CPE

Carte de Professionnel d'Établissement

CPS

Carte de Professionnel de Santé

MSSanté

Messagerie Sécurité de Santé

Sécurité

Ensemble des moyens techniques, organisationnels, juridiques et humains mis en place pour la protection du système d'information en terme d'intégrité, de confidentialité, de disponibilité et d'auditabilité.

Système d'information

Ensemble des éléments et règles participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein de l'Établissement et vers ses partenaires externes.

Utilisateur

Toute personne, quel que soit son statut, ayant accès ou utilisant les ressources informatiques dans le cadre de son emploi, d'une prestation ou d'un stage au sein de l'Établissement de Santé.

E. Conditions générales d'utilisation

I. Informations générales

Le CHU-Hôpitaux de Rouen a décidé d'équiper son personnel d'un outil de messagerie sécurisée de santé afin de sécuriser les échanges par voie électronique de données de santé à caractère personnel.

Cet outil de messagerie est ouvert :

- à tout professionnel de santé de l'établissement, éligible à l'obtention d'une carte CPS et habilité à échanger et/ou collecter des données de santé à caractère personnel dans le cadre de ses missions ;
- aux personnels des secrétariats médicaux de ces professionnels de santé.

Dans la suite du document, ces professionnels de santé et personnels de secrétariat seront appelés « professionnels habilités ».

Tout utilisateur de la MSSanté doit se conformer aux conditions d'utilisation des comptes de messagerie définies dans le présent document.

Il est rappelé que dans le cadre de l'utilisation du service MSSanté, le professionnel habilité doit tenir compte :

- Des règles de droit commun relatives à l'échange des données de santé à caractère personnel énoncées notamment à l'article L 1110-4 du code de la santé publique ;
- Du cadre légal qui régit sa profession, en particulier les règles relatives à l'obligation de conserver les données de santé à caractère personnel collectées à l'occasion de la prise en charge d'un patient.

II. Type de BAL disponibles

Sauf avis contraire du titulaire de la BAL, les données liées à l'usage du système MSSanté sont publiées dans l'annuaire national MSSanté et sont consultables par les autres utilisateurs de la communauté MSSanté.

1. Les BAL nominatives

Ce type de boîte aux lettres est attribué à un utilisateur dûment identifié, grâce aux données définies dans le chapitre « 1.1. Données relatives aux professionnels de santé utilisateurs de la MSSanté ».

La BAL nominative est strictement personnelle. L'utilisateur s'engage à ne pas partager sa BAL avec un tiers et à conserver dans des conditions de sécurité les moyens d'accès à celle-ci.

Chaque utilisateur de BAL nominative peut indiquer s'il souhaite :

- Etre inscrit en liste rouge ;
- La publication de son numéro de téléphone ;

Pour accéder à sa BAL, l'utilisateur doit utiliser un des moyens d'authentification définis à l'article « 5. Moyens d'authentification ».

2. Les BAL organisationnelles

Les BAL organisationnelles sont attribuées à un secrétariat, un service, un pôle,... et sont utilisées par un groupe d'utilisateurs clairement identifié.

Pour qu'une BAL organisationnelle soit créée, une demande doit être faite auprès de la Direction du Système d'Information par un professionnel de santé habilité à utiliser la MSSanté (il doit donc lui-même disposer d'une BAL nominative). Cette demande doit comporter les informations suivantes :

- Libellé qui doit être donnée à la BAL organisationnelle (« Secrétariat de neurologie », par exemple) ;
- Matricule RH, nom et prénom du professionnel de santé responsable ;

- Matricule RH, nom et prénom de chaque agent qui aura accès à cette boîte aux lettres.

Pour accéder à la BAL organisationnelle, chaque utilisateur est tenu d'utiliser un des moyens d'authentification définis à l'article « 5. Moyens d'authentification ».

3. Les BAL applicatives

Une BAL applicative est associée à un logiciel métier ou une machine (par exemple : serveur de résultats, système d'information de laboratoire...) et alimentée directement par lui. Elle est utilisée à des fins d'envoi automatisé de messages suivant un paramétrage prédéfini.

Ces BAL ne sont pas censées recevoir de messages électroniques. Lors de l'envoi automatique d'un courriel, une note informe le destinataire que la BAL émettrice ne peut pas recevoir de messages.

III. Principes généraux d'utilisation des BAL MSSanté

1. Nature des données traitées

Les seules données à caractère personnel pouvant être traitées sont les données relatives aux professionnels habilités, celles des patients qu'ils prennent en charge et à propos desquels des échanges d'informations sont nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité de cette prise en charge, ainsi que les données relatives aux personnes en charge de l'administration de la messagerie.

1.1 Données relatives aux professionnels de santé utilisateurs de la MSSanté

Concernant les professionnels habilités à utiliser la MSSanté, peuvent être traitées les catégories de données suivantes :

- Les données d'identification (état civil) ;
- L'identifiant du professionnel, suivant les cas :
 - o Numéro d'enregistrement au répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ;
 - o Numéro d'enregistrement au répertoire ADELI ;
 - o Numéro d'identification local ;
- Les données relatives au moyen d'authentification ;
 - o Les coordonnées professionnelles :
 - o Adresse ;
 - o Numéros de téléphone ;
 - o Adresse de courriel ;
- Les titres professionnels ;
- Les adresses MSSanté créées ;
- Les données techniques nécessaires à la fourniture du service MSSanté ;
- Les traces des actions opérées sur la MSSanté.

1.2 Données relatives aux personnes concernées par les données échangées

S'agissant des personnes concernées par les données échangées entre professionnels habilités, peuvent être traitées les catégories de données suivantes :

- Les données d'identification (nom, prénom, date et lieu de naissance, sexe) et, éventuellement, l'identifiant national de santé ;
- Les coordonnées (adresse, numéros de téléphone, adresses de courriel) ;
- Les informations strictement nécessaires à la prise en charge des personnes et relatives à leur état de santé, à leur situation sociale ou à leur autonomie.

Il est possible, pour chaque BAL organisationnelle de spécifier si :

- Elle doit être inscrit en liste rouge ;
- Son numéro de téléphone doit être publié.

1.3 Données relatives aux personnes en charge de l'administration des équipements et logiciels mis en œuvre pour la MSSanté

S'agissant des personnes en charge de l'administration des équipements et logiciels mis en œuvre pour la MSSanté, les données strictement nécessaires à leur identification peuvent être traitées (identifiant de la personne physique, nom, prénom, fonction) afin de tracer leurs actions sur le système.

2. Information des patients

Les patients doivent être informés clairement de la finalité du service de messagerie sécurisée de santé, de ses conditions de mise en œuvre, ainsi que de l'exercice de leurs droits.

Ces modalités sont portées à la connaissance du patient par voie d'affichage et par mention dans les livrets d'accueil des structures les prenant en charge.

En cas d'opposition du patient à l'échange de données le concernant au moyen de messagerie sécurisée de santé, les professionnels habilités doivent cesser tout échange le concernant par le biais de cette messagerie et recourir à un moyen d'échange alternatif (courrier postal, par exemple).

3. Contenu des messages échangés

Le professionnel habilité utilise les BAL MSSanté à des fins de prise en charge de patients et dans le respect des obligations professionnelles auxquelles il est soumis.

Il appartient à l'utilisateur d'apprécier lui-même la sensibilité, l'importance et la pertinence des messages échangés. Il est rappelé que les données de santé à caractère personnel sont couvertes par le secret professionnel dans les conditions prévues à l'article L 1110-4 du code de la santé publique, dont la violation est réprimée par l'article 226-13 du Code Pénal.

En outre, l'utilisateur s'engage à ne pas procéder à l'envoi de messages non sollicités à un ou plusieurs destinataires, considéré comme du spam.

L'utilisateur s'interdit également de télécharger, transmettre par courriel ou par tout autre moyen des courriels contenant des virus ou plus généralement tout programme visant notamment à détruire ou limiter la fonctionnalité de tout logiciel, ordinateur ou réseau de télécommunication.

4. Destinataires des données

Les destinataires des données sont les destinataires des messages échangés au moyen de leurs messageries sécurisées de santé, ayant la qualité de « professionnels habilités » telle que définie au « I. Informations générales ».

Ces professionnels habilités sont soumis au secret professionnel prévu à l'article 226-13 du code pénal.

Les personnes en charge de l'administration de la messagerie peuvent accéder aux données relatives aux professionnels habilités dans le strict cadre de leurs missions et dans le respect du secret des correspondances privées. Elles sont, en outre, soumises à une clause de confidentialité.

5. Moyens d'authentification

Afin d'assurer la confidentialité des données de santé, l'accès à une BAL MSSanté nécessite l'utilisation de la carte CPS ou CPE (dans le cas d'une BAL non nominative) ou, à défaut, les moyens dits de « bris de glace » pour pallier à un oubli ou une perte de cette dernière.

6. Convention de preuve

La loi n°2000-230 du 13 mars 2000 admet la preuve écrite sous forme électronique au même titre que l'écrit sur support papier « sous réserve que puisse être dûment identifiée la personne dont il émane et qu'il soit établi et conservé dans les conditions de nature à en garantir l'intégrité » (article 1316-1 du Code Civil).

L'infrastructure mise en place au sein du CHU-Hôpitaux de Rouen et le respect des règles de conduite définies au sein de l'espace de confiance MSSanté garantissent l'identification de la personne dont émanent les messages ainsi que leur intégrité. De même, le système mis en place assure à chaque message échangé un fort niveau d'imputabilité (mise en place de système de traces).

Afin de prévenir d'éventuelles contestations sur la valeur probante des messages (ou « écrits électroniques ») échangés entre les utilisateurs au moyen de la messagerie sécurisée de santé, l'établissement de santé s'est engagé à ne pas contester leur force probante sur le fondement de leur nature électronique. L'établissement de santé s'accorde dès lors pour reconnaître la même valeur probante aux écrits électroniques transmis via la MSSanté qu'aux écrits sur support papier.

L'utilisateur peut donc faire connaître à l'ensemble de la communauté MSSanté, son souhait de ne plus recevoir de documents « papier » dès lors que celui-ci est reçu par MSSanté.

IV. Durée de conservation des données

Le service de messagerie sécurisée ne se substitue en aucun cas au dossier médical, sanitaire ou médico-social de la personne concernée (le patient) que doivent tenir les professionnels de santé en vertu des obligations légales et réglementaires qui leur incombent. Il constitue uniquement un outil professionnel d'échange sécurisé de données de santé, et non un nouvel espace de stockage.

Chaque boîte aux lettres mise à disposition par le CHU-Hôpitaux de Rouen est liée à l'activité au sein de l'établissement. Une boîte aux lettres mises à disposition par le CHU-Hôpitaux de Rouen pourra donc être fermée dans les cas suivants :

- En cas d'inactivité complète, caractérisée par l'absence d'authentification de l'utilisateur pendant une période de plus d'un an ;
- En cas de départ définitif de l'établissement.

Toute suppression sera systématiquement précédée d'une information de l'utilisateur afin de lui permettre de s'opposer à cette suppression.

V. Responsabilité de l'établissement et de l'utilisateur

1. Responsabilité du CHU-Hôpitaux de Rouen

Le CHU-Hôpitaux de Rouen est responsable de la définition des conditions d'utilisation de la MSSanté et de leur respect par ses personnels. Il porte à la connaissance des utilisateurs les conditions d'utilisation de la messagerie sécurisée de santé.

2. Responsabilité de l'utilisateur

L'utilisateur est responsable de l'utilisation de la BAL MSSanté dont il est titulaire conformément à son usage, dans le respect des lois et règlements en vigueur et de la présente charte attachée au règlement intérieur.

VI. Protection des données à caractère personnel des utilisateurs

Le service MSSanté est mis en œuvre par le CHU-Hôpitaux de Rouen dans le respect de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Le CHU-Hôpitaux de Rouen a ainsi réalisé les formalités préalables à la mise en œuvre du traitement de messagerie sécurisée de santé en s'engageant à être conforme aux dispositions de l'autorisation unique n°1846305.

La collecte de données à caractère personnel dans le cadre du service MSSanté est ainsi conforme à l'autorisation unique précitée.
Conformément à la loi 78-17 précitée, l'utilisateur dispose d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de ses données à caractère personnel.

Direction départementale de la Cohésion Sociale de la
Seine-Maritime

76-2017-04-28-008

Arrêté renouvellement de l'agrément de domiciliation
association relais accueil des gens du voyage

Arrêté renouvellement de l'agrément domiciliation RAGV

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION REGIONALE et DEPARTEMENTALE
de la JEUNESSE, des SPORTS et de la COHESION SOCIALE
de NORMANDIE et de la SEINE-MARITIME

DIRECTION DEPARTEMENTALE DELEGUEE

Pôle hébergement et accès au logement

Arrêté du 28 AVR. 2017

modifiant l'arrêté du 13 avril 2017 portant renouvellement de l'agrément de l'association relais accueil des gens du voyage, à la domiciliation des personnes sans résidence stable

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code de l'action sociale et des familles notamment les articles L251-1 et 252-2, les articles L264-1 à L264-10 et les articles D264-1 à D264-15 ainsi que l'article R264-4 ;
- Vu le code de sécurité sociale notamment l'article D161-2-1-1-1 ;
- Vu la loi n° 69-3 du 3 janvier 1969 relative à l'exercice des activités ambulantes et au régime applicable aux personnes circulant en France, sans domicile ni résidence fixe ;
- Vu la loi n° 90-449 du 31 mai 1990 visant à la mise en œuvre du droit au logement modifiée, notamment son article 2 dans la rédaction résultant de l'ordonnance 2014-1543 du 19 décembre 2014 ;
- Vu la loi n° 2007-290 du 05 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, et notamment son article 51 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et un urbanisme rénové (ALUR), notamment les articles 34 et 46 ;
- Vu les décrets n° 2007-893 du 15 mai 2007 et n° 2007-1124 du 20 juillet 2007 relatifs à la domiciliation des personnes sans domicile stable ;
- Vu le décret 2015-1867 du 30 décembre 2015 relatif à l'organisation et compétences des services régionaux de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale ;
- Vu le décret 2016-633 du 19 mai 2016 relatif aux demandes d'élection de domicile pour l'aide médicale de l'Etat ;
- Vu le décret 2016-641 du 19 mai 2016 relatif à la domiciliation des personnes sans domicile stable ;
- Vu le décret du Président de la République en date du 16 février 2017, nommant Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté ministériel en date du 11 juillet 2016 portant modèle des formulaires de demande d'élection de domicile et de l'attestation de domicile délivrés aux personnes sans domicile stable ;
- Vu l'arrêté préfectoral n° 17-21 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la circulaire DSS/2A/DAS/DIRMI/2000/382 du 5 juillet 2000 relative à diverses dispositions d'application des articles L161-2-1, L861-5 du code de la sécurité sociale, 187-3 et 187-4 du code de l'action sociale et des familles ;

Vu la circulaire DGCS/SD1B/2016/188 du 10 juin 2016 relative à la domiciliation des personnes sans domicile stable ;

Considérant -

que la domiciliation est le droit ouvert aux personnes sans domicile stable de disposer d'une adresse administrative pour faire valoir leurs droits ;

qu'après examen du dossier de demande de renouvellement déposé par la structure en date du 21 juillet 2016, et conformément au cahier des charges publié au registre des actes administratifs en date du 3 mars 2017 ;

Sur proposition du directeur départemental délégué de la cohésion sociale de la Seine-Maritime

ARRÊTE

Article 1^{er} - L'agrément de l'association relais accueil des gens du voyage dont le siège est situé 4 chemin des Halages à Sotteville les Rouen, est renouvelé au titre de la domiciliation sur le territoire du département de la Seine-Maritime sur la base du cahier des charges départemental publié au recueil des actes administratifs en date du 3 mars 2017 et mis à jour conformément aux décrets du 19 mai 2016 susvisés et pour une période de cinq ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

Article 2 - L'association limite le nombre d'élection de domicile à 1000 en simultané et s'engage à utiliser le formulaire de demande d'élection de domicile cerfa n° 15548*01 et le formulaire d'attestation d'élection de domicile cerfa n° 15547*01.

Article 3 - La demande de renouvellement doit être présentée par l'organisme agréé au plus tard trois mois avant l'expiration de l'agrément. L'organisme doit présenter un bilan de son activité pour la période considérée ainsi que les perspectives envisagées pour l'exercice de la même activité. Si à cette occasion, la préfète constate un écart inexplicé entre l'activité exercée durant la période de validité de l'agrément et le cahier des charges ainsi que les services proposés, le renouvellement peut être refusé.

Article 4 - L'agrément peut être retiré avant le terme échu si la préfète constate un manquement grave aux engagements définis par le cahier des charges et l'agrément. Chaque retrait est effectué après que l'organisme a été à même de présenter ses observations.

Article 5 - L'association peut solliciter le retrait de son agrément avant l'expiration de celui-ci.

Article 6 - L'arrêté du 13 avril 2017 est abrogé.

Article 7 - Le secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime et le directeur départemental délégué sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le **28 AVR. 2017**

La préfète,
Pour la Préfète, le Directeur départemental délégué,
le Directeur départemental délégué

Yvan CORBIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R421-1 à R421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de Mme la Préfète de la Seine-Maritime. L'absence de réponse dans un délai de deux mois vaut décision implicite de rejet. Le présent arrêté peut également faire l'objet d'un recours hiérarchique auprès du ministre chargé des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes (Direction générale de la santé - EA 2 - 14 avenue Duquesne, 75350 PARIS 07 SP). L'absence de réponse dans un délai de quatre mois vaut décision implicite de rejet.

Direction Départementale de la Sécurité Publique 76

76-2017-04-27-005

Arrêté de sub d'abrogation du 25 02 2017

Arrêté DDSP76

**LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL
DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DE LA
SEINE MARITIME**

VU :

- le code de la route ;
- le code des marchés publics ;
- le code général des collectivités territoriales ;
- la loi n° 82- 231 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et régions ;
- la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifiée d'orientation et de programmation relative à la sécurité ;
- le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration ;
- le décret n° 93-1031 du 31 août 1993 portant création et organisation des directions départementales de la sécurité publique ;
- le décret n° 97-199 du 5 mars 1997 modifié relatif au remboursement de certaines dépenses supportées par les forces de police et de gendarmerie ;
- le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- le décret du Président de la République en date du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie et préfète de la Seine-Maritime ;
- l'arrêté ministériel du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la police nationale ;
- l'arrêté ministériel du 24 août 2000 fixant les droits et obligations des adjoints de sécurité recrutés au titre du développement d'activités pour l'emploi des jeunes ;
- l'arrêté ministériel du 28 octobre 2010 portant application de l'article 2 du décret n° 897-199 du 5 mars 1997 modifié relatif au remboursement de certaines dépenses supportées par les forces de police et de gendarmerie et de l'article 1^{er} du décret n° 2008-252 du 12 mars 2008 modifié relatif à la rémunération de certains services rendus par le ministre de l'intérieur, de l'outre-mer et des collectivités territoriales ;
- l'arrêté interministériel du 28 octobre 2010 fixant le montant de remboursement de certaines dépenses supportées par les forces de police et de gendarmerie ;
- l'arrêté ministériel n° 826 du 2 octobre 2014, nommant M. Philippe TRENEC directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime et commissaire central à Rouen à compter du 20 octobre 2014 ;

- l'arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2016, nommant M. Philippe LUCAS directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime à Rouen à compter du 2 janvier 2017 ;

- l'arrêté préfectoral n° 17-32 du 6 mars 2017 de Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime, portant délégation de signature en matière d'activités à M. Philippe TRENEC, directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime,

ARRETE

ARTICLE 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime, subdélégation est donnée, par ordre de priorité, à :

- M. Philippe LUCAS, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime,
- Mme Stéphanie ROUSSELET, commissaire divisionnaire, chef d'Etat major,
- Mme Jeannette BERREBOU, attachée principale d'administration de l'Etat, chef du service de gestion opérationnelle,

à l'effet de :

- *signer les conventions concernant le remboursement des dépenses supportées par les services de police dans le cadre des services d'ordre de manifestations culturelles ou sportives et les escortes de convois exceptionnels ;*

- *établir et signer les certificats de travail concernant l'activité des adjoints de sécurité recrutés par la direction départementale de la sécurité publique de la Seine-Maritime ;*

- *prononcer les sanctions disciplinaires du premier groupe (avertissement et blâme), pour les personnels du corps d'encadrement et d'application et pour les personnels techniques de catégorie C de la police nationale ;*

- *signer les demandes motivées de protection juridique émanant des fonctionnaires en service à la Direction Départementale de la Sécurité Publique de Seine-Maritime.*

ARTICLE 2 :

Sous les mêmes réserves d'absence ou d'empêchement du Directeur départemental de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime, subdélégation est donnée, par ordre de priorité, à :

- M. Philippe LUCAS, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime,
- Mme Jeannette BERREBOU, attachée principale d'administration de l'Etat, chef du service de gestion opérationnelle,

à l'effet de :

- *signer les marchés publics et tout acte dévolu au pouvoir adjudicateur par le code des marchés publics et les cahiers des clauses administratives générales pour les affaires de la DDSP de la Seine-Maritime dans la limite du seuil fixé par le II-1° de l'article 26 du code des marchés publics, à savoir 135 000 € HT.*

ARTICLE 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-maritime, subdélégation est donnée, par ordre de priorité, à :

- M. Philippe LUCAS, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime,
- M. Olivier ENAULT, commissaire central adjoint de police, chef du service d'intervention d'aide et d'assistance de proximité,

à l'effet de :

- faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 4 :

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés du directeur départemental adjoint de la sécurité publique de Seine-Maritime et du commissaire central adjoint, subdélégation est donnée aux commissaires de permanence en fonction du tour de permanence sur la CSP Rouen-Elbeuf, soit :

- Mme. Caroline LEGRAND, chef de la division métropole nord,
- M. Alain GUILLOU, chef de la division métropole sud,

à l'effet de :

- faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 5 :

Cette subdélégation abroge la précédente décision de subdélégation en date du 25 février 2016.

ARTICLE 6 :

Le directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime, le directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime, le chef de l'Etat major départemental, le chef du service d'intervention d'aide et d'assistance de proximité et le chef du service de gestion opérationnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Rouen, Le 27 AVR. 2017

Le Contrôleur Général,
Directeur Départemental de la sécurité publique
de la Seine-Maritime

Philippe TRENEC

Direction Départementale de la Sécurité Publique 76

76-2017-04-28-006

Arrêté de sub Monsieur Trenec du 27/04/2017

Arrêté DDSP76



MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DE LA SEINE-MARITIME

**LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL
DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE DE
LA SEINE MARITIME**

VU :

- le code de la route ;
- la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 modifiée d'orientation et de programmation relative à la sécurité ;
- le décret n° 92-604 du 1^{er} juillet 1992 portant charte de la déconcentration ;
- le décret n° 93-1031 du 31 août 1993 portant création et organisation des directions départementales de la sécurité publique ;
- le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- le décret du Président de la République en date du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie et préfète de la Seine-Maritime ;
- l'arrêté ministériel du 6 juin 2006 portant règlement général d'emploi de la police nationale ;
- l'arrêté ministériel n° 826 du 2 octobre 2014, nommant M. Philippe TRENEC directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime et commissaire central à Rouen à compter du 20 octobre 2014 ;
- l'arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2016, nommant M. Philippe LUCAS directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime à Rouen à compter du 2 janvier 2017 ;
- l'arrêté préfectoral n° 17-32 du 6 mars 2017 de Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime, portant délégation de signature en matière d'activités à M. Philippe TRENEC, directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime,

ARRETE

ARTICLE 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement du Directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-maritime, subdélégation est donnée pour le ressort du District du Havre, par ordre de priorité, à :

- M. Philippe LUCAS, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime,

- M. Alain BEAUCE, commissaire divisionnaire, chef du District du Havre,

à l'effet de faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 2 :

Sous les mêmes réserves d'absence ou d'empêchement simultanés du Directeur départemental adjoint de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime et du Chef du district du Havre, subdélégation est donnée à :

- M. Evrard ROTHE, Adjoint au Chef de district, Chef du Service d'Intervention d'Aide et d'Assistance de Proximité (SIAAP) de la circonscription de sécurité publique du Havre pour le ressort de cette circonscription,

- Mme Mireille ROUSSEL-HOUEMONT, Commandant E.F. Chef de la circonscription de sécurité publique de BOLBEC-LILLEBONNE, pour le ressort de cette circonscription,

- M. Cyril JORROT, Capitaine, Chef de la circonscription de sécurité publique de FECAMP par intérim, pour le ressort de cette circonscription,

à l'effet de faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 3 :

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés du Directeur Départemental Adjoint de la sécurité publique de la Seine-maritime, du Chef du district du Havre et du Chef du service d'Ordre Public et de la Sécurité Routière de la circonscription de sécurité publique du Havre, subdélégation est donnée, pour ce qui concerne le ressort de la CSP du havre, aux Chefs de service suivants en fonction du tour de permanence des Chefs de services :

- M. Julien PORTRON, commissaire, Chef du service de la Sûreté Urbaine de la CSP du HAVRE,

ARTICLE 4 :

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés du directeur départemental adjoint de la sécurité publique de Seine-Maritime, du chef du district du HAVRE et du Chef de la CSP de BOLBEC-LILLEBONNE, subdélégation est donnée à :

- M. Alain GUENNEC, Capitaine de Police,

à l'effet de faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 5 :

En cas d'absence ou d'empêchement simultanés du directeur départemental adjoint de la sécurité publique de Seine-Maritime, du chef du district du HAVRE et du Chef de la CSP de FECAMP par intérim, subdélégation est donnée à :

- M. Laurent GERME, Lieutenant de Police,

à l'effet de faire procéder à l'immobilisation et à la mise en fourrière d'un véhicule en application de l'article L.325-1-2 du code de la route.

ARTICLE 6 :

Cet arrêté de subdélégation abroge celui pris précédemment le 31 mars 2016.

ARTICLE 7 :

Le Directeur Départemental de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime, le Directeur Départemental Adjoint de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime et le chef de District du HAVRE, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture de la Seine-Maritime.

Rouen, le 27 AVR. 2017

La Préfète de la région Haute-Normandie,
Préfète de la Seine-Maritime et par délégation,
Le Directeur Départemental
de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime,



Philippe TRENEC

Direction Départementale de la Sécurité Publique 76

76-2017-04-27-004

Arrêté sub d'abrogation du 25 01 17

Arrêté DDSP76



Liberté - Égalité - Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

DIRECTION DÉPARTEMENTALE DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
DE LA SEINE-MARITIME

**LE CONTRÔLEUR GÉNÉRAL
DIRECTEUR DÉPARTEMENTAL DE LA SÉCURITÉ PUBLIQUE
DE LA SEINE MARITIME**

VU :

- la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances ;
- la loi d'orientation n° 92-125 du 6 février 1992 relative à l'administration territoriale de la République, notamment son article 6 ;
- le décret n° 92-604 du 1er juillet 1992 modifié portant charte de la déconcentration ;
- le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié, relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et départements ;
- le décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique ;
- le décret du Président de la République en date du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie et préfète de la Seine-Maritime ;
- l'arrêté ministériel n°0294 du 8 décembre 2013 portant règlement de comptabilité pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;
- l'arrêté ministériel n°826 du 2 octobre 2014, nommant M. Philippe TRENEC directeur Départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime et commissaire central à Rouen à compter du 20 octobre 2014 ;
- l'arrêté ministériel du 1^{er} juillet 2016, nommant M. Philippe LUCAS directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime à Rouen à compter du 2 janvier 2017 ;
- l'arrêté préfectoral n° 17-32 du 6 mars 2017 de Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime, portant délégation de signature en matière d'activités à M. Philippe TRENEC, directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime,
- la circulaire NOR/INT/C/9300262/C du 10 décembre 1993 sur la gestion déconcentrée des services de police en 1994 ;

ARRETE

ARTICLE 1 :

Subdélégation est donnée, par ordre de priorité, à :

- M. Philippe LUCAS, commissaire divisionnaire, directeur départemental adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime,
- Mme Jeannette BERREBOU, Attachée principale d'Administration de l'État, chef du Service de Gestion Opérationnelle,

à l'effet de signer les actes relatifs à l'ordonnancement secondaire des dépenses et recettes imputées sur le BOP 176 « Police Nationale » cette subdélégation portant sur l'engagement, la liquidation et l'ordonnancement des dépenses,

en cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur le Directeur Départemental de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime.

Sont exclus de la présente délégation les ordres de réquisition du comptable assignataire et les décisions de passer outre.

ARTICLE 2 :

Cette subdélégation abroge la précédente décision de subdélégation en date du 25 janvier 2017.

ARTICLE 3 :

Le Directeur Départemental de la Sécurité Publique de la Seine-Maritime, le Directeur Départemental Adjoint de la sécurité publique de la Seine-Maritime et le chef du Service de Gestion Opérationnelle sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Rouen, le 27 AVR. 2017

Le Contrôleur Général,
Directeur Départemental de la sécurité publique
de la Seine-Maritime



Philippe TRENEC

Direction départementale des territoires et de la mer de la
Seine-Maritime

76-2017-05-02-002

Arrêté n°17-011 du 2 mai 2017 portant subdélégation de
signature en matière d'instruction des demandes
d'autorisations individuelles de transports exceptionnels



PRÉFET DE L'EURE

Direction départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Rouen, le 12 AVR. 2017

Direction

Le directeur départemental des Territoires
et de la Mer de la Seine-Maritime

ARRÊTÉ N°17-011

Objet : Arrêté portant subdélégation de signature en matière d'instruction des demandes d'autorisation de transport exceptionnel du territoire du département de l'Eure

VU :

- la loi n°82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- la loi d'orientation n°92-125 du 6 février 1992 modifiée relative à l'administration territoriale de la République ;
- le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;
- le décret n°2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux directions départementales interministérielles ;
- le décret du Président de la République du 6 mai 2016 nommant M. Thierry COUDERT, préfet du département de l'Eure ;
- l'arrêté du Premier ministre du 20 septembre 2011 portant nomination de M. Olivier MORZELLE, ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts, en qualité de directeur départemental des Territoires et de la Mer de la Seine-Maritime, renouvelé pour une période d'un an par l'arrêté du Premier ministre du 20 septembre 2016 ;
- l'arrêté préfectoral n°16-199 du 30 décembre 2016 portant organisation de la direction départementale des territoires et de la mer de la Seine-Maritime ;
- la convention de mutualisation du 19 septembre 2016 confiant à la direction départementale des territoires et de la mer de la Seine-Maritime la mission d'instruction des demandes d'autorisation de transport exceptionnel du territoire du département de l'Eure.

ARRETE

Article 1^{er} -

En cas d'absence de M. Olivier MORZELLE, la délégation qui lui est conférée à l'article 4 de la convention de mutualisation du 19 septembre 2016 confiant à la direction départementale des territoires et de la mer de la Seine-Maritime la mission d'instruction des demandes d'autorisation de transport exceptionnel du territoire du département de l'Eure sera exercée par M. Mathieu ESCAFRE, ingénieur en chef des ponts, des eaux et des forêts, directeur départemental adjoint des Territoires et de la Mer de la Seine-Maritime, délégué à la mer et au littoral.

Article 2 -

Subdélégation est donnée à l'effet de signer les décisions d'autorisation de transports exceptionnels selon le Code la route art. R433-1, R433-2, R433-5, R433-7, R433-8 et R411-23 dans le cadre de leurs attributions, à :

- M. Fabrice OTERO, ingénieur divisionnaire des travaux publics de l'État, chef du Service Expertises, Déplacements, Développement Durable (SE3D),
- M. Thibaut SARRAZIN, ingénieur divisionnaire des travaux publics de l'État, adjoint au chef du Service Expertises, Déplacements, Développement Durable et responsable du Bureau Sécurité Transports, (SE3D/BST),
- M. Eric ROYER, technicien supérieur en chef du développement durable, adjoint au responsable du Bureau Sécurité Transports, Service Expertises, Déplacements, Développement Durable (SE3D/BST).

Article 3 -

Le directeur départemental des territoires et de la Mer est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de l'Eure.

Pour le préfet, et par délégation,
le directeur départemental
des Territoires et de la Mer

M. Olivier MORZELLE

Direction départementale des territoires et de la mer de la
Seine-Maritime

76-2017-03-02-010

Création d'une plate-forme de dépôt de containers



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

COPIE

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

Monsieur le Directeur
de la société NYLH
23 rue Balzac
75008 PARIS 8ème

Dossier suivi par :
Christophe KERVELLA

Mèl : ddtm-srmt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : christophe.kervella@seine-maritime.gouv.fr

Tél. : 02 32 18 94 81
Fax : 02 32 18 94 92

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de l'environnement : **Création d'une plate-forme de dépôt de containers sur la commune du HAVRE**
Accord sur dossier de déclaration

Réf. :76-2017-00105/CG

ROUEN, le 2 mars 2017

Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de l'instruction de votre dossier de déclaration au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de l'environnement concernant l'opération :

Création d'une plate-forme de dépôt de containers sur la commune du HAVRE

pour lequel un récépissé vous a été délivré en date du 17 février 2017, j'ai l'honneur de vous informer que je ne compte pas faire opposition à votre déclaration. Dès lors, **vous pouvez entreprendre cette opération à compter de la réception de ce courrier.**

Par ailleurs, vous voudrez bien me préciser la date de réception des travaux et m'envoyer les plans de récolement de l'opération dès que vous en aurez possession.

Le présent courrier ne vous dispense en aucun cas de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Copies du récépissé et de ce courrier sont également adressées à la mairie de la commune du Havre, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois pour information. Ces deux documents seront mis à la disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision sera susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage en mairie, par le déclarant dans un délai de deux mois et par les tiers dans un délai d'un an. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, ce délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation
Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires

Alexandre HERMENT

Les Informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « Informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des Informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des Informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

COPIE

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

Dossier suivi par :
Christophe KERVILLA

Tél. : 02 32 18 94 81
Fax : 02 32 18 94 92

Réf. : 76-2017-00105/CG

Monsieur le Directeur
NYLH
23 rue Balzac
75008 PARIS 8ème

Mèl : ddtm-smt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : christophe.kervilla@seine-maritime.gouv.fr

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de
l'environnement : **Création d'une plate-forme de dépôt de containers sur la commune
du HAVRE**
Courrier de notification de décision

ROUEN, le 17 février 2017

Monsieur le Directeur,

Par courrier en date du 10 février 2017, vous avez déposé un dossier de déclaration concernant :
**la création d'une plate-forme de dépôt de containers
sur la commune du HAVRE**

dossier enregistré sous le numéro : **76-2017-00105**.

Vous trouverez ci-joint le récépissé de déclaration relatif à cette opération.

J'attire votre attention sur le fait, sauf accord formel préalable, qu'il vous est **interdit de commencer cette opération avant le 10 avril 2017, délai imparti à l'administration pour faire une éventuelle opposition motivée à votre déclaration** conformément à l'article R. 214-35 du code de l'environnement.

Durant ce délai il peut également vous être demandé des compléments sur le fond au titre de la régularité de votre dossier, ou des prescriptions spécifiques éventuelles peuvent vous être imposées.

Passé ce délai, en l'absence de réaction de l'administration, un accord tacite est donné à votre déclaration en application de l'article R. 214-35 du code de l'environnement.

La mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité, objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé.

A défaut, en application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, sauf cas de force majeure ou demande justifiée et acceptée de prorogation de délai, votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, celle-ci sera adressée à Madame la préfète, dûment justifiée, au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation
~~L'Adjointe au Responsable du Service~~
Ressources Milieux et Territoires



Bénédicte MULLER

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

RECRÉPISSE DE DÉPÔT DE DOSSIER DE DÉCLARATION CONCERNANT
LA CRÉATION D'UNE PLATE-FORME DE DÉPÔT DE CONTAINERS
SUR LA COMMUNE DE HAVRE

DOSSIER N° 76-2017-00105
LA PRÉFÈTE DE LA RÉGION NORMANDIE
La préfète de la SEINE-MARITIME
Commandeur de l'Ordre national du mérite
Officier de la Légion d'honneur

ATTENTION : CE RECEPISSE ATTESTE DE L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE MAIS N'AUTORISE PAS LE DEMARRAGE IMMEDIAT DES TRAVAUX.

VU le code de l'environnement, et notamment les articles L. 211-1, L. 214-1 à L. 214-6 et R. 214-1 à R. 214-56 ;

VU le dossier de déclaration déposé au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement considéré complet en date du 17 février 2017, présenté par la société NYLH, représentée par le directeur, enregistré sous le n° 76-2017-00105 et relatif à la création d'une plate-forme de dépôt de containers ;

donne récépissé du dépôt de sa déclaration au pétitionnaire suivant :

NYLH
23 rue Balzac
75008 PARIS 8ème

concernant : la création d'une plate-forme de dépôt de containers dont la réalisation est prévue dans la commune du HAVRE.

Les ouvrages constitutifs à ces aménagements rentrent dans la nomenclature des opérations soumises à déclaration au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement. La rubrique du tableau de l'article R. 214-1 du code de l'environnement concernée est la suivante :

Rubrique	Intitulé	Régime	Arrêtés de prescriptions générales correspondant
2.1.5.0	Rejet d'eaux pluviales dans les eaux douces superficielles ou sur le sol ou dans le sous-sol, la surface totale du projet, augmentée de la surface correspondant à la partie du bassin naturel dont les écoulements sont interceptés par le projet, étant : 1° Supérieure ou égale à 20 ha (A). 2° Supérieure à 1 ha mais inférieure à 20 ha (D).	Déclaration	

Le déclarant ne peut pas débuter les travaux avant le 10 avril 2017, correspondant au délai de deux mois à compter de la date de réception du dossier de déclaration complet durant lequel il peut être fait une éventuelle opposition motivée à la déclaration par l'administration, conformément à l'article R. 214-35 du code de l'environnement. Le début des travaux ou de l'activité doit être reporté en cas d'incompatibilité avec des réglementations spécifiques (exemple : période d'interdiction des épandages, période de frai...).

Au cas où le déclarant ne respecterait pas ce délai, il s'exposerait à une amende pour une contravention de 5^{ème} classe d'un montant maximum de 1 500 euros pour les personnes physiques. Pour les personnes morales, ce montant est multiplié par 5.

Durant ce délai, il peut être demandé des compléments au déclarant si le dossier n'est pas jugé régulier, il peut être fait opposition à cette déclaration, ou des prescriptions particulières éventuelles peuvent être établies sur lesquelles le déclarant sera alors saisi pour présenter ses observations.

En l'absence de suite donnée par le service police de l'eau à l'échéance de ce délai de 2 mois, le présent récépissé vaut accord tacite de déclaration.

À cette échéance, conformément à l'article R.214-37, copies de la déclaration et de ce récépissé seront alors adressées à la mairie du HAVRE où cette opération doit être réalisée, pour affichage et mise à disposition pendant une durée minimale d'un mois, pour information.

Ces documents seront mis à disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision sera alors susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage à la mairie par le déclarant dans un délai de deux mois à compter de la notification du récépissé et par les tiers dans un délai de un an à compter de l'affichage ou de la publication du récépissé. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, le délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Le service de la police de l'eau devra être averti de la date de début des travaux ainsi que de la date d'achèvement des ouvrages et, le cas échéant, de la date de mise en service.

En application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, la mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé, à défaut de quoi votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, dûment justifiée, celle-ci sera adressée à la préfète au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Les ouvrages, les travaux et les conditions de réalisation et d'exploitation doivent être conformes au dossier déposé.

L'inobservation des dispositions figurant dans le dossier déposé pourra entraîner l'application des sanctions prévues à l'article R. 216-12 du code de l'environnement.

En application de l'article R. 214-40 du code de l'environnement, toute modification apportée aux ouvrages, installations, à leur mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant, à l'exercice des activités ou à leur voisinage et entraînant un changement notable des éléments du dossier de déclaration initiale doit être porté, **avant réalisation** à la connaissance de la préfète qui peut exiger une nouvelle déclaration.

Les agents mentionnés à l'article L. 216-3 du code de l'environnement et notamment ceux chargés de la police de l'eau et des milieux aquatiques auront libre accès aux installations objet de la déclaration dans les conditions définies par le code de l'environnement, dans le cadre d'une recherche d'infraction.

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Le présent récépissé ne dispense en aucun cas le déclarant de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

A ROUEN, le 17 février 2017

**Pour la préfète et par délégation
L'Adjointe au Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires**


Bénédicte MULLER

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

Direction départementale des territoires et de la mer de la
Seine-Maritime

76-2017-03-23-013

Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune
d'Étalondes

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

Dossier suivi par :
Christophe KERVELLA

Tél. : 02 32 18 94 81
Fax : 02 32 18 94 92

Réf. : 76-2017-00210/CG

EARL LELONG
7 rue de Flocques
76260 ETALONDES

Mèl : ddtm-srmt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : christophe.kervella@seine-maritime.gouv.fr

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de
l'environnement : Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune
d'ETALONDES
Courrier de notification de décision

ROUEN, le 23 mars 2017

Monsieur,

Par courrier en date du 12 mars 2017, vous avez déposé un dossier de déclaration concernant :
un forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune d'ETALONDES

dossier enregistré sous le numéro : **76-2017-00210**.

Vous trouverez ci-joint le récépissé de déclaration relatif à cette opération.

J'ai l'honneur de vous informer qu'après instruction, votre dossier est complet et régulier et que je ne compte pas faire opposition à votre déclaration. Dès lors **vous pouvez commencer votre opération à réception du présent courrier et du récépissé ci-joints**.

Par ailleurs vous trouverez également l'arrêté de prescriptions générales qu'il vous appartient de respecter compte tenu des rubriques concernées par votre opération.

La mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité, objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé.

A défaut, en application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, sauf cas de force majeure ou demande justifiée et acceptée de prorogation de délai, votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, celle-ci sera adressée à Madame la préfète, dûment justifiée, au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation
Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires



Alexandre HERMENT

P.J. : Un récépissé de déclaration

Les Informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

RECEPISSE DE DÉPÔT DE DOSSIER DE DECLARATION DONNANT ACCORD
POUR LE COMMENCEMENT DES TRAVAUX CONCERNANT
UN FORAGE POUR ABREUVEMENT DE CHEPTTEL BOVIN
SUR LA COMMUNE D'ETALONDES

DOSSIER N° 76-2017-00210
LA PRÉFÈTE RÉGION NORMANDIE
LA PREFETE DE LA SEINE-MARITIME

Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

VU le code de l'environnement, et notamment les articles L. 211-1, L. 214-1 à L. 214-6 et R. 214-1 à R. 214-56 ;

VU le dossier de déclaration déposé au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement considéré complet en date du 23 mars 2017, présenté par l'EARL LELONG représenté par Monsieur LELONG, enregistré sous le n° 76-2017-00210 et relatif à un forage pour abreuvement de cheptel bovin ;

donne récépissé du dépôt de sa déclaration au pétitionnaire suivant :

EARL LELONG
7 rue de Flocques
76260 ETALONDES

concernant : un forage pour abreuvement de cheptel bovin dont la réalisation est prévue dans la commune d'ETALONDES.

Les ouvrages constitutifs à ces aménagements rentrent dans la nomenclature des opérations soumises à déclaration au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement. La rubrique du tableau de l'article R. 214-1 du code de l'environnement concernée est la suivante :

Rubrique	Intitulé	Régime	Arrêtés de prescriptions générales correspondant
1.1.1.0	Sondage, forage y compris les essais de pompage, création de puits ou d'ouvrage souterrain, non destiné à un usage domestique, exécuté en vue de la recherche ou de la surveillance d'eaux souterraines ou en vue d'effectuer un prélèvement temporaire ou permanent dans les eaux souterraines y compris dans les nappes d'accompagnement de cours d'eau. (D)	Déclaration	Arrêté du 11 septembre 2003

Le déclarant peut débuter son opération dès réception du présent récépissé. Au vu des pièces constitutives du dossier complet, il n'est pas envisagé de faire opposition à cette déclaration.

Copies de la déclaration et de ce récépissé sont adressées à la mairie d'ETALONDES où cette opération doit être réalisée, pour affichage et mise à disposition pendant une durée minimale d'un mois pour information.

Ces documents seront mis à disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision est susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage à la mairie par le déclarant dans un délai de deux mois à compter de la notification du récépissé et par les tiers dans un délai de un an à compter de l'affichage ou de la publication du récépissé. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, le délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Le service de la police de l'eau devra être averti de la date de début des travaux ainsi que de la date d'achèvement des ouvrages et, le cas échéant, de la date de mise en service.

En application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, la mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé, à défaut de quoi votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, dûment justifiée, celle-ci sera adressée à Madame la préfète au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Les ouvrages, les travaux et les conditions de réalisation et d'exploitation doivent être conformes au dossier déposé.

L'inobservation des dispositions figurant dans le dossier déposé, pourra entraîner l'application des sanctions prévues à l'article R. 216-12 du code de l'environnement.

En application de l'article R. 214-40 du code de l'environnement, toute modification apportée aux ouvrages, installations, à leur mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant, à l'exercice des activités ou à leur voisinage et entraînant un changement notable des éléments du dossier de déclaration initiale doit être porté, **avant réalisation** à la connaissance de la préfète qui peut exiger une nouvelle déclaration.

Les agents mentionnés à l'article L. 216-3 du code de l'environnement et notamment ceux chargés de la police de l'eau et des milieux aquatiques auront libre accès aux installations objet de la déclaration dans les conditions définies par le code de l'environnement, dans le cadre d'une recherche d'infraction.

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Le présent récépissé ne dispense en aucun cas le déclarant de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

A ROUEN, le 23 mars 2017

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable des
Ressources Milieux et Territoires



Alexandre HERMENT

Les Informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « Informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des Informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

Direction départementale des territoires et de la mer de la
Seine-Maritime

76-2017-04-12-011

Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune
de Fontaine-en-Bray

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

Dossier suivi par :
Fabrice MAILLARD

Tél. : 02 32 18 94 28
Fax : 02 32 18 94 92

Réf. : 76-2017-00288/CG

Monsieur Didier BEHAIS
Les Trois Oreilles
76440 FONTAINE-EN-BRAY

Mèl : ddtm-srmt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : fabrice.maillard@seine-maritime.gouv.fr

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de
l'environnement : Forage pour abreuvement de cheptel bovin sur la commune de
FONTAINE-EN-BRAY
Courrier de notification de décision

ROUEN, le 12 avril 2017

Monsieur,

Par courrier en date du 7 avril 2017, vous avez déposé un dossier de déclaration concernant :
**un forage pour abreuvement de cheptel bovin
sur la commune de FONTAINE-EN-BRAY**

dossier enregistré sous le numéro : **76-2017-00288**.

Vous trouverez ci-joint le récépissé de déclaration relatif à cette opération.

J'ai l'honneur de vous informer qu'après instruction, votre dossier est complet et régulier et que je ne compte pas faire opposition à votre déclaration. Dès lors **vous pouvez commencer votre opération à réception du présent courrier et du récépissé ci-joint**.

Par ailleurs vous trouverez également le (ou les) arrêté(s) de prescriptions générales qu'il vous appartient de respecter compte tenu des rubriques concernées par votre opération.

La mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité, objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé.

A défaut, en application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, sauf cas de force majeure ou demande justifiée et acceptée de prorogation de délai, votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, celle-ci sera adressée à Madame la préfète, dûment justifiée, au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires



Alexandre HERMENT

P.J. : arrêté de prescriptions générales

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

RECEPISSE DE DÉPÔT DE DOSSIER DE DECLARATION DONNANT ACCORD
POUR LE COMMENCEMENT DES TRAVAUX CONCERNANT
UN FORAGE POUR ABREUVEMENT DE CHEPTEL BOVIN
SUR LA COMMUNE DE FONTAINE-EN-BRAY

DOSSIER N° 76-2017-00288
LA PRÉFÈTE DE LA RÉGION NORMANDIE
La préfète de la SEINE-MARITIME
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre national du mérite

VU le code de l'environnement, et notamment les articles L. 211-1, L. 214-1 à L. 214-6 et R. 214-1 à R. 214-56 ;

VU le dossier de déclaration déposé au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement considéré complet en date du 12 avril 2017, présenté par Monsieur Didier BEHAIS, enregistré sous le n° 76-2017-00288 et relatif à un forage pour abreuvement de cheptel bovin ;

donne récépissé du dépôt de sa déclaration au pétitionnaire suivant :

Monsieur Didier BEHAIS
Les Trois Oreilles
76440 FONTAINE-EN-BRAY

concernant : un forage pour abreuvement de cheptel bovin dont la réalisation est prévue dans la commune de FONTAINE-EN-BRAY.

Les ouvrages constitutifs à ces aménagements rentrent dans la nomenclature des opérations soumises à déclaration au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement. La rubrique du tableau de l'article R. 214-1 du code de l'environnement concernée est la suivante :

Rubrique	Intitulé	Régime	Arrêtés de prescriptions générales correspondant
1.1.1.0	Sondage, forage y compris les essais de pompage, création de puits ou d'ouvrage souterrain, non destiné à un usage domestique, exécuté en vue de la recherche ou de la surveillance d'eaux souterraines ou en vue d'effectuer un prélèvement temporaire ou permanent dans les eaux souterraines y compris dans les nappes d'accompagnement de cours d'eau. (D)	Déclaration	Arrêté du 11 septembre 2003

Le déclarant devra respecter les prescriptions générales définies dans les arrêtés dont les références sont indiquées dans le tableau ci-dessus et qui sont joints au présent récépissé.

Le déclarant peut débuter son opération dès réception du présent récépissé. Au vu des pièces constitutives du dossier complet, il n'est pas envisagé de faire opposition à cette déclaration.

Copies de la déclaration et de ce récépissé sont adressées à la mairie de FONTAINE-EN-BRAY où cette opération doit être réalisée, pour affichage et mise à disposition pendant une durée minimale d'un mois pour information.

Ces documents seront mis à disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision est susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage à la mairie par le déclarant dans un délai de deux mois à compter de la notification du récépissé et par les tiers dans un délai de un an à compter de l'affichage ou de la publication du récépissé. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, le délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Le service de la police de l'eau devra être averti de la date de début des travaux ainsi que de la date d'achèvement des ouvrages et, le cas échéant, de la date de mise en service.

En application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, la mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé, à défaut de quoi votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, dûment justifiée, celle-ci sera adressée à Madame la préfète au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Les ouvrages, les travaux et les conditions de réalisation et d'exploitation doivent être conformes au dossier déposé.

L'inobservation des dispositions figurant dans le dossier déposé ainsi que celles contenues dans les prescriptions générales annexées au présent récépissé, pourra entraîner l'application des sanctions prévues à l'article R. 216-12 du code de l'environnement.

En application de l'article R. 214-40 du code de l'environnement, toute modification apportée aux ouvrages, installations, à leur mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant, à l'exercice des activités ou à leur voisinage et entraînant un changement notable des éléments du dossier de déclaration initiale doit être porté, **avant réalisation** à la connaissance du préfet qui peut exiger une nouvelle déclaration.

Les agents mentionnés à l'article L. 216-3 du code de l'environnement et notamment ceux chargés de la police de l'eau et des milieux aquatiques auront libre accès aux installations objet de la déclaration dans les conditions définies par le code de l'environnement, dans le cadre d'une recherche d'infraction.

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Le présent récépissé ne dispense en aucun cas le déclarant de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

A ROUEN, le 12 avril 2017

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires


Alexandre HERMENT

PJ : arrêtés de prescriptions générales du 11 septembre 2003 (1.1.1.0)

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

Direction départementale des territoires et de la mer de la
Seine-Maritime

76-2017-01-30-025

Mise en eau de zones humides – Projet de restauration de
tourbière dégradées

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

GROUPEMENT FORESTIER DU BOIS GINETTE
Monsieur Jean-Philippe TAMARELLE
1 Allée des Viviers
76240 LE MESNIL-ESNARD

Dossier suivi par :
Fabrice MAILLARD

Mèl : ddtm-srmt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : fabrice.maillard@seine-maritime.gouv.fr

Tél : 02 32 18 94 28
Fax : 02 32 18 94 92

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de l'environnement
: Mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières sur la commune de BEAUBEC-LA-ROSIERE
Accord sur dossier de déclaration

Réf. :76-2016-00857/CG

ROUEN, le 31 janvier 2017

Monsieur,

Dans le cadre de l'instruction de votre dossier de déclaration au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de l'environnement concernant l'opération :

**Mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières
sur la commune de BEAUBEC-LA-ROSIERE**

pour lequel un récépissé vous a été délivré en date du 7 décembre 2016, j'ai l'honneur de vous informer que je ne compte pas faire opposition à votre déclaration. Dès lors, vous pouvez entreprendre cette opération à compter de la réception de ce courrier.

Par ailleurs, vous voudrez bien me préciser la date de réception des travaux et m'envoyer les plans de récolement de l'opération dès que vous en aurez possession.

Le présent courrier ne vous dispense en aucun cas de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations


Copies du récépissé et de ce courrier sont également adressées à la mairie de la communes de BEAUBEC-LA-ROSIERE, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois pour information. Ces deux documents seront mis à la disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision sera susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage en mairie, par le déclarant dans un délai de deux mois et par les tiers dans un délai d'un an. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, ce délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable du Service
Ressources, Milieux et Territoires


Alexandre HERMENT

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction Départementale
des Territoires et de la Mer
de la Seine-Maritime

Service ressources,
milieux et territoires

Bureau de la police de l'eau
de Seine-Maritime

GROUPEMENT FORESTIER DU BOIS GINETTE
Monsieur Jean-Philippe TAMARELLE
1 Allée des Viviers
76240 LE MESNIL ESNARD

Dossier suivi par :
Fabrice MAILLARD

Mèl : ddtm-srmt-bpe@seine-maritime.gouv.fr
Mèl : fabrice.maillard@seine-maritime.gouv.fr

Tél. : 02 32 18 94 28
Fax : 02 32 18 94 92

Objet : dossier de déclaration instruit au titre des articles L. 214-1 à L. 214-6 du code de l'environnement : Mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières sur la commune de BEAUBEC-LA-ROSIERE
Courrier de notification de décision

Réf. : 76-2016-00857/CG

ROUEN, le 7 décembre 2016

Monsieur,

Par courrier en date du 1^{er} décembre 2016, vous avez déposé un dossier de déclaration concernant :
**la mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières
sur la commune de BEAUBEC-LA-ROSIERE**

dossier enregistré sous le numéro : **76-2016-00857**.

Vous trouverez ci-joint le récépissé de déclaration relatif à cette opération.

J'attire votre attention sur le fait, sauf accord formel préalable, qu'il vous est **interdit de commencer cette opération avant le 1^{er} février 2017, délai imparti à l'administration pour faire une éventuelle opposition motivée à votre déclaration** conformément à l'article R. 214-35 du code de l'environnement.

Durant ce délai il peut également vous être demandé des compléments sur le fond au titre de la régularité de votre dossier, ou des prescriptions spécifiques éventuelles peuvent vous être imposées.

Passé ce délai, en l'absence de réaction de l'administration, un accord tacite est donné à votre déclaration en application de l'article R. 214-35 du code de l'environnement.

La mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité, objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé.

A défaut, en application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, sauf cas de force majeure ou demande justifiée et acceptée de prorogation de délai, votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, celle-ci sera adressée à Madame la préfète, dûment justifiée, au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires


Alexandre HERMENT

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier. Conformément à la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

RECEPISSE DE DÉPÔT DE DOSSIER DE DECLARATION CONCERNANT
LA MISE EN EAU DE ZONES HUMIDES - PROJET DE RESTAURATION DE TOURBIÈRES
SUR LA COMMUNE DE BEAUBEC-LA-ROSIERE

DOSSIER N° 76-2016-00857

La préfète de la région Normandie

La préfète de la SEINE-MARITIME

Officier de la Légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre national du Mérite

ATTENTION : CE RECEPISSE ATTESTE DE L'ENREGISTREMENT DE VOTRE DEMANDE MAIS N'AUTORISE PAS LE DEMARRAGE IMMEDIAT DES TRAVAUX.

VU le code de l'environnement, et notamment les articles L. 211-1, L. 214-1 à L. 214-6 et R. 214-1 à R. 214-56 ;

VU le dossier de déclaration déposé au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement considéré complet en date du 7 décembre 2016, présenté par le GROUPEMENT FORESTIER DU BOIS GINETTE, représenté par Monsieur TAMARELLE Jean-Philippe, enregistré sous le n° 76-2016-00857 et relatif à la mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières ;

donne récépissé du dépôt de sa déclaration au pétitionnaire suivant :

**GROUPEMENT FORESTIER DU BOIS GINETTE
1 Allée des Viviers
76240 LE MESNIL-ESNARD**

concernant : la mise en eau de zones humides - Projet de restauration de tourbières dont la réalisation est prévue dans la commune de BEAUBEC-LA-ROSIERE

Les ouvrages constitutifs à ces aménagements rentrent dans la nomenclature des opérations soumises à déclaration au titre de l'article L. 214-3 du code de l'environnement. La rubrique du tableau de l'article R. 214-1 du code de l'environnement concernée est la suivante :

Rubrique	Intitulé	Régime	Arrêtés de prescriptions générales correspondant
3.3.1.0	Assèchement, mise en eau, imperméabilisation, remblais de zones humides ou de marais, la zone asséchée ou mise en eau étant : 1° supérieure ou égale à 1 ha (A) ; 2° supérieure à 0,1 ha, mais inférieure à 1 ha (D)	Déclaration	

Le déclarant ne peut pas débuter les travaux avant le 1^{er} février 2017, correspondant au délai de deux mois à compter de la date de réception du dossier de déclaration complet durant lequel il peut être fait une éventuelle opposition motivée à la déclaration par l'administration, conformément à l'article R. 214-35 du code de l'environnement. Le début des travaux ou de l'activité doit être reporté en cas d'incompatibilité avec des réglementations spécifiques (exemple : période d'interdiction des épandages, période de frai...).

Au cas où le déclarant ne respecterait pas ce délai, il s'exposerait à une amende pour une contravention de 5^{ème} classe d'un montant maximum de 1 500 euros pour les personnes physiques. Pour les personnes morales, ce montant est multiplié par 5.

Durant ce délai, il peut être demandé des compléments au déclarant si le dossier n'est pas jugé régulier, il peut être fait opposition à cette déclaration, ou des prescriptions particulières éventuelles peuvent être établies sur lesquelles le déclarant sera alors saisi pour présenter ses observations.

En l'absence de suite donnée par le service en charge de la police de l'eau à l'échéance de ce délai de 2 mois, le présent récépissé vaut accord tacite de déclaration.

À cette échéance, conformément à l'article R.214-37, copies de la déclaration et de ce récépissé seront alors adressées à la mairie de BEAUBEC-LA-ROSIERE où cette opération doit être réalisée, pour affichage et mise à disposition pendant une durée minimale d'un mois pour information.

Ces documents seront mis à disposition du public sur le site internet de la préfecture de la SEINE-MARITIME durant une période d'au moins six mois.

Cette décision sera alors susceptible de recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent, conformément à l'article R. 514-3-1 du code de l'environnement, à compter de la date de sa publication ou de son affichage à la mairie par le déclarant dans un délai de deux mois à compter de la notification du récépissé et par les tiers dans un délai d'un an à compter de l'affichage ou de la publication du récépissé. Toutefois, si la mise en service de l'installation n'est pas intervenue six mois après la publication ou l'affichage en mairie, le délai de recours continue à courir jusqu'à l'expiration d'une période de six mois après cette mise en service.

Le service en charge de la police de l'eau devra être averti de la date de début des travaux ainsi que de la date d'achèvement des ouvrages et, le cas échéant, de la date de mise en service.

En application de l'article R. 214-51 du code de l'environnement, la mise en service de l'installation, la construction des ouvrages, l'exécution des travaux, et l'exercice de l'activité objets de votre déclaration, doivent intervenir dans un délai de 3 ans à compter de la date du présent récépissé, à défaut de quoi votre déclaration sera caduque.

En cas de demande de prorogation de délai, dûment justifiée, celle-ci sera adressée à Madame la préfète au plus tard deux mois avant l'échéance ci-dessus.

Les ouvrages, les travaux et les conditions de réalisation et d'exploitation doivent être conformes au dossier déposé.

L'inobservation des dispositions figurant dans le dossier déposé, pourra entraîner l'application des sanctions prévues à l'article R. 216-12 du code de l'environnement.

En application de l'article R. 214-40 du code de l'environnement, toute modification apportée aux ouvrages, installations, à leur mode d'utilisation, à la réalisation des travaux ou à l'aménagement en résultant, à l'exercice des activités ou à leur voisinage et entraînant un changement notable des éléments du dossier de déclaration initiale doit être porté, **avant réalisation** à la connaissance de Madame la préfète qui peut exiger une nouvelle déclaration.

Les agents mentionnés à l'article L. 216-3 du code de l'environnement et notamment ceux chargés de la police de l'eau et des milieux aquatiques auront libre accès aux installations objet de la déclaration dans les conditions définies par le code de l'environnement, dans le cadre d'une recherche d'infraction.

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Le présent récépissé ne dispense en aucun cas le déclarant de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

A ROUEN, le 7 décembre 2016

Pour la préfète et par délégation

Le Responsable du Service
Ressources Milieux et Territoires

Alexandre HERMENT

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à l'instruction de votre dossier par les agents chargés de la police de l'eau en application du code de l'environnement. Conformément à la loi « Informatique et Liberté » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent. Si vous désirez exercer ce droit et obtenir une communication des informations vous concernant, veuillez adresser un courrier au guichet unique de la police de l'eau où vous avez déposé votre dossier.

Direction interdépartementale des routes Nord-Ouest

76-2017-05-04-001

Subdélégation de signature en matière de gestion du
domaine public et de police de la circulation pour le
département de Seine-Maritime (76)

**Arrêté n° 2017-06 portant subdélégation de signature
en matière de gestion du domaine public et de police de la circulation
pour le département de la Seine-Maritime**

Le directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest

VU :

- la loi n°82-213 du 2 mars 1982 modifiée relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions ;
- la loi n°2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral ;
- le décret n°2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements ;
- l'arrêté en date du 30 août 2010, portant nomination de M. Alain DE MEYÈRE, ingénieur général des ponts, des eaux et des forêts, directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest à compter du 1er octobre 2010 ;
- l'arrêté n°17-49 du 6 mars 2017 de Madame Fabienne BUCCIO, préfète coordonnatrice des itinéraires routiers, préfète de la région de Normandie, préfète de la Seine-Maritime, portant délégation de signature à M. Alain DE MEYÈRE, Directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest ;
- l'arrêté de la préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime, préfète coordonnatrice des itinéraires routiers nationaux en date du 3 mars 2017, fixant l'organisation de la direction interdépartementale des routes Nord-Ouest ;
- l'organigramme du service ;



ARRETE

Article 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Alain DE MEYÈRE, directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest, la délégation de signature est exercée par M. Philippe RÉGNIER, ICTPE, directeur adjoint ingénierie et M. Pascal MALOBERTI, ICTPE, directeur adjoint exploitation.

Article 2 :

Délégation est donnée dans la limite de leurs attributions à :

– **Tomas HIDALGO**, IPEF, chef du Service des Politiques et des Techniques, à l'effet de signer les décisions visées aux points 1.1 à 1.10 – 2.1 à 2.9 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Arnaud LE COGUIC**, IDTPE, adjoint au chef du Service des Politiques et des Techniques, à l'effet de signer les décisions visées aux points 1.1 à 1.10 – 2.1 à 2.9 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Stéphane SANCHEZ**, IDTPE, secrétaire général, à l'effet de signer les décisions visées au point 3.2 et d'exercer la compétence prévue à l'article 4.1 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Rémi CORGET**, ITPE, chef du Pôle Exploitation Systèmes et Matériels, à l'effet de signer les décisions visées aux points 2.1 – 2.2 – 2.7 – 2.9 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Thierry JOLLY**, ITPE, chef du district de Rouen, à l'effet de signer les décisions visées aux points 1.1 – 1.2 – 1.6 à 1.10 – 2.9 – 3.2 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Matthieu CANAC**, ITPE, adjoint au chef du district de Rouen, à l'effet de signer les décisions visées aux points 1.1 – 1.2 – 1.6 à 1.10 – 2.9 – 3.2 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **Natacha PERNEL**, AAE, responsable du pôle juridique, à l'effet de signer les décisions visées au point 3.2 et d'exercer la compétence prévue à l'article 4.1 de l'arrêté préfectoral susvisé

– **François SEVILLA**, SACDD, adjoint de la responsable du pôle juridique, à l'effet de signer les décisions visées au point 3.2 de l'arrêté susvisé.

Article 3 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Rouen, dans un délai de deux mois, à compter de sa publication.

Article 4 :

Toutes dispositions antérieures à celles du présent arrêté sont abrogées.

Article 5 :

Le directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

04 MAI 2017

Rouen, le

Pour la préfète de la Seine-Maritime,
le directeur interdépartemental des routes Nord-Ouest,
par délégation

Alain De Meyère



Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement
et du logement de Normandie

76-2017-05-04-002

Arrêté n° SRN/UA3PA/2017-00506-010-001 autorisant la
destruction d'œufs par stérilisation d'espèces animales
protégées : *dérogation autorisant la destruction d'œufs de*
Goéland argenté à Veules-les-Roses Goéland argenté (larus argentatus) à
Veules-les-Roses



PRÉFÈTE DE LA SEINE - MARITIME

DIRECTION REGIONALE DE L'ENVIRONNEMENT,
DE L'AMÉNAGEMENT ET DU LOGEMENT DE NORMANDIE

Arrêté n° SRN/UA3PA/2017-00506-010-001
autorisant la destruction d'œufs par stérilisation d'espèces animales protégées :
Goéland Argenté (*Iarus argentatus*) à Veules-les-Roses

LA PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite

- vu la directive 2007/2/CE du 14 mars 2007, dite directive Inspire, qui vise à établir une infrastructure d'information géographique dans la communauté européenne pour favoriser la protection de l'environnement ;
- vu la convention d'Aarhus sur l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement, signée le 25 juin 1998 ;
- vu le code de l'environnement et notamment les articles L.120-1-1, L.411-1 à L.411-2 et R.411-1 à R.412-7 ;
- vu l'ordonnance n° 2012-34 du 11 janvier 2012 portant simplification, réforme et harmonisation des dispositions de police administrative et de police judiciaire du code de l'environnement ;
- vu le décret 97-34 du 15 janvier 1997, modifié, relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;
- vu le décret du Président de la République en date du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- vu l'arrêté ministériel du 19 février 2007, modifié, fixant les conditions de demande et d'instruction des dérogations définies au 4° de l'article L.411-2 du code de l'environnement portant sur des espèces de faune et de flore protégées ;
- vu l'arrêté ministériel du 29 octobre 2009 modifié fixant la liste des oiseaux protégés sur l'ensemble du territoire et les modalités de leur protection ;
- vu l'arrêté ministériel du 19 décembre 2014 fixant les conditions et limites dans lesquelles des dérogations à l'interdiction de destruction d'œufs de goélands peuvent être accordées en milieu urbain par les préfets ;
- vu l'arrêté préfectoral du 29 mars 2017 portant délégation de signature en matière d'activités de niveau départemental à Monsieur Patrick BERG, directeur régional de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) pour la région Normandie et notamment son article 1.4 ;

- vu la circulaire du 12 novembre 2010 du ministre en charge de l'écologie relative à l'organisation et à la pratique du contrôle par les services et établissements chargés de mission de police de l'eau et de la nature ;
- vu la demande formulée par Monsieur Jean-Claude CLAIRE, maire de la ville de Veules-les-Roses, en vue d'obtenir des autorisations de stérilisation des œufs de goélands argentés (*Larus argentatus*), dans le cadre de la lutte contre la prolifération de cette espèce en milieu urbain : CERFA 13 616*01 du 16 février 2017 ;

Considérant :

qu'il s'agit d'une première demande de dérogation pour destruction des œufs de goélands par stérilisation,

les nuisances engendrées par les goélands argentés, notamment en période de reproduction (salissures, nuisances sonores, dégradation des toits, obstruction des cheminées et des gouttières, agressivité envers les habitants...);

la nécessité de contenir le développement des populations de goélands argentés en milieu urbain, dans l'intérêt de la santé et de la sécurité publiques ;

que les mesures préventives d'effarouchement n'ont pas eu l'efficacité escomptée ;

que le moyen le plus adapté pour prévenir les nuisances occasionnées en milieu urbain et limiter le développement des populations de goélands argentés, consiste en une destruction des œufs par l'empêchement du développement de l'embryon ;

que les opérations de stérilisation des œufs réalisées en milieu urbain ne sont pas de nature à nuire au maintien, dans un état de conservation favorable, des populations de Goélands argentés dans leur aire de répartition naturelle ;

que la DREAL utilise l'Outil de diffusion de l'information naturaliste (ODIN) développé par l'Observatoire de la biodiversité de Haute-Normandie (OBHN), pour répondre à l'obligation née de l'article L.124-2 de mise à disposition des données environnementales ;

qu'il y a donc lieu d'y verser les données environnementales ainsi acquises ;

Sur proposition du directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de la région Normandie

ARRÊTE

Article 1er – bénéficiaire et champ d'application de l'arrêté

La commune de Veules-les-Roses, représentée par son maire Monsieur Jean-Claude CLAIRE, est autorisée à faire procéder à la stérilisation des œufs de goélands argentés (*Larus argentatus*) pour l'année 2017 et à l'enlèvement des nids, une fois la période de nidification terminée.

Article 2 – durée de la dérogation

Le présent arrêté est valable à compter de la notification du présent arrêté et jusqu'au 30 septembre 2017. Il concerne tous les secteurs identifiés dans le document de recensements comme sites de nidification du Goéland argenté sur l'ensemble des parties urbanisées de la commune de Veules-les-Roses.

Article 3 – modalités particulières

Le passage d'un expert ornithologue devra être effectué avant la première campagne de pulvérisation afin de distinguer les nids de goélands argentés des nids d'autres espèces protégées (dont les Goélands marin et brun) non visées par cet arrêté, puis en mai, ainsi qu'à la fin de la période autorisée pour procéder à leur recensement.

Les campagnes de pulvérisations qui concernent uniquement les nids de goélands argentés localisés par l'expert ornithologue auront lieu sur la période d'avril à mai 2017 avec au plus 3 semaines d'intervalle entre chaque campagne.

Article 4 – documents de suivis et de bilans

Durant l'ensemble de l'opération, les techniciens-cordistes formés par un expert ornithologue compétent en l'identification des œufs de goélands argentés devront être en mesure de présenter copie du présent arrêté à toute autorité dotée d'un pouvoir de police en la matière.

À l'issue des opérations de stérilisation, un rapport sur la mise en œuvre de la dérogation respectant les modalités prévues par l'arrêté du 19 décembre 2014, devra être remis en deux exemplaires à la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement de Normandie, et ce, au plus tard le 30 novembre 2017. Un exemplaire numérique sera également fourni.

Article 5 - Inventaire des dispositifs de collecte nature et paysage (IDCNP) et SINP

La commune de Veules-les-Roses renseignera, ou fera renseigner, l'application informatique IDCNP pour le recensement, sous la forme de métadonnées, des différents dispositifs temporaires ou permanents mis en place pour le suivi des opérations dans le cadre de l'application du présent arrêté. Les inventaires réalisés intégreront le SINP auquel devra adhérer la commune de Veules-les-Roses.

L'ensemble des données produites et acquises dans le cadre du présent arrêté devront être fournies sous forme de bases de données numériques, et seront des données de propriété patrimoniale publique. La commune de Veules-les-Roses s'engage donc à céder pleinement et entièrement son droit patrimonial sur les bases de données ainsi constituées. Cette cession n'altère en aucun cas le droit de la propriété intellectuelle inaliénable de l'auteur tel que prévu par le Code de la propriété intellectuelle.

L'ensemble des données obtenues dans le cadre de cette dérogation et transmises à la DREAL deviendront des données publiques. Elles seront versées à la plate-forme partagée pour la diffusion des données naturalistes de l'OBHN dans le format d'échange et de livraison des données relatives à la répartition des espèces et des habitats de Normandie, dit ODIN, en vigueur à la date de transmission des données.

Article 6 – suivi et contrôles administratifs

Conformément à la circulaire du 12 novembre 2010 relative à l'organisation et à la pratique du contrôle par les services et établissements chargés de mission de police de l'eau et de la nature, les contrôles des travaux et activités faisant l'objet des prescriptions environnementales porteront sur :

- le respect de l'ensemble des conditions d'octroi de la dérogation,
- les documents de suivis et de bilans.

Article 7 – modifications, suspensions, retrait, renouvellement

L'arrêté de dérogation pourra être modifié, suspendu ou retiré si l'une des obligations faites à la commune de Veules-les-Roses n'était pas respectée.

La modification, la suspension ou le retrait ne feront pas obstacle à d'éventuelles poursuites, notamment au titre de l'article L.415-1 à 5 du code de l'environnement.

En tant que de besoin, les modifications prendront la forme d'un avenant ou d'un arrêté modificatif et seront effectives à la notification de l'acte.

Les éventuels prorogations ou renouvellements sont soumis au strict respect de la mise en œuvre de l'ensemble du présent arrêté.

Article 8 – Exécution et publicité

Le secrétaire général de la préfecture de Seine-Maritime et le directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Normandie sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil départemental des actes administratifs et sur le site internet de la DREAL et adressé, pour information, à la direction départementale des territoires et de la mer, aux services départementaux de l'office national pour la chasse et la faune sauvage et de l'agence française de biodiversité et à l'observatoire de la biodiversité de Normandie – SINP.

Fait à Rouen, le

- 4 MAI 2017

Pour la préfète de Seine-Maritime et par délégation,
Le directeur régional de l'Environnement, de l'Aménagement et
du Logement de Normandie

Patrick BERG

Voies et délais de recours – conformément aux dispositions des articles R421-1 à R421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Direction Régionale des Douanes de Rouen

76-2017-04-26-004

Décision du Directeur Interrégional des Douanes et Droits
Indirects en NORMANDIE n°17000945 du 27/04/2017
portant fermeture définitive d'un débit de tabac ordinaire

permanent 7, place de l'Eglise à AUZOUVILLE sur RY
*Décision du Directeur Interrégional des Douanes et Droits Indirects en NORMANDIE
n°17000945 du 27/04/2017 portant fermeture définitive d'un débit de tabac ordinaire permanent 7
, place de l'Eglise à AUZOUVILLE sur RY 76116*

**DÉCISION DE LA DIRECTION INTERRÉGIONALE DES DOUANES ET DROITS
INDIRECTS EN NORMANDIE N° 17000945 DU 27.04.2015
PORTANT FERMETURE DÉFINITIVE
D'UN DÉBIT DE TABAC ORDINAIRE PERMANENT**

**LE DIRECTEUR INTERRÉGIONAL DES DOUANES ET DROITS INDIRECTS EN
NORMANDIE**

Vu l'article 568 du code général des impôts et de l'annexe IV du même code confiant à l'administration des douanes et droits indirects le monopole de vente au détail des tabacs manufacturés ;

Vu l'article 1 du décret n° 2010-720 du 28 juin 2010 modifié relatif à l'exercice du monopole de la vente au détail des tabacs manufacturés confiée par l'Etat (administration des douanes et droits indirects) aux débitants de tabac ;

Vu l'article 37 du décret susvisé énonçant les cas de fermetures définitives des débits de tabac ordinaires permanents dont la fermeture définitive pour démission du gérant sans présentation du successeur ;

Vu que la chambre syndicale départementale des buralistes de la Seine-Maritime a été régulièrement informée ;

Vu l'arrêté ministériel du 19 septembre 2014 portant nomination, à compter du 01 décembre 2014, de M. Philippe RICHARD, directeur régional des douanes et droits indirects à Rouen (direction régionale des douanes et droits indirects à Rouen) ;

Considérant que Mme Nathalie MARQUES épouse HUE a démissionné de son poste de gérante de débit de tabac sans présenter de successeur, le 11.04.2017 ;

PRONONCE

Article 1er : Le débit de tabac n° 7601377 R 12, sis 7 place de l'Eglise à AUZOUVILLE-SUR-RY 76116, est fermé définitivement.

Article 2 : La chambre syndicale départementale des buralistes de la Seine-Maritime est informée de la présente décision.

Article 3 : La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs régional en Normandie.

Article 4 : La présente décision peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le Tribunal administratif de Rouen dans les deux mois à compter de la date de publication de la décision.

Fait à Rouen, le 26 avril 2017

Le directeur interrégional,


Yvan ZERBINI

Préfecture de la Seine-Maritime - DCPE

76-2017-04-11-011

MISE EN SERVITUDES HARFLEUR.pdf

AP mise en servitudes HARFLEUR

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction de la coordination des politiques de l'État Bureau des procédures publiques

Affaire suivie par Tatiana Castello
Tél. : 02.32.76.53.92 - Fax : 02.32.76.54.60
Mél. :tatiana.castello@seine-maritime.gouv.fr

Arrêté du 11 AVR. 2017

portant approbation du tracé du détail et établissement de servitudes d'ancrage, d'appui, de passage, d'abattage d'arbres sur le territoire de la commune d'Harfleur en vue de la construction de la liaison électrique souterraine 225 000 volts Pont-Sept – Sainneville 2

La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
officier de la Légion d'Honneur,
officier de l'Ordre national du mérite,

- Vu le code de l'énergie, notamment ses articles L.323-3 et suivants et R. 323-7 et suivants.
- Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements.
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne Buccio, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime.
- Vu l'arrêté ministériel du 25 février 2016 déclarant d'utilité publique la construction de la liaison électrique souterraine à 225 000 volts Pont-Sept - Sainneville 2 qui doit être incorporée dans la concession du réseau public de transport d'électricité accordée à RTE par l'Etat.
- Vu l'arrêté préfectoral n° 17-21 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. Yvan Cordier, secrétaire général de la préfecture de la Seine Maritime.
- Vu la requête présentée le 8 novembre 2016 par RTE Réseau de Transport d'Electricité, en vue d'obtenir l'établissement des servitudes de passage sur les terrains traversés par le tracé projeté pour la ligne électrique souterraine à 225 000 volts Pont-Sept - Sainneville 2.
- Vu le dossier présenté à l'appui de la demande qui comprend notamment un plan et un état parcellaire.
- Vu l'arrêté préfectoral du 23 novembre 2016 prescrivant l'ouverture d'une enquête en vue de l'établissement de servitudes et désignant M. André Chevin en qualité de commissaire enquêteur.
- Vu les rapports et avis du commissaire enquêteur en date du 17 décembre 2016.

ARRÊTE

Article 1 : Sont approuvés le tracé de détail de la liaison électrique souterraine 225 000 volts Pont-Sept – Sainneville 2 sur le territoire de la commune d'Harfleur, tel qu'il figure sur le plan parcellaire et l'état parcellaire annexés au présent arrêté, ainsi que l'établissement des servitudes d'ancrage, d'appui, de passage et d'abattage d'arbres prévues à l'article L. 323-5 du code de l'énergie liées à ce tracé.

Article 2 : Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 4 et 5 du présent arrêté, la société RTE est autorisée à exercer les servitudes légales prévues à l'article L.323-5 du code de l'énergie sur la parcelle cadastrale AB 67 situées sur le territoire de la commune d'Harfleur conformément au plan et à l'état parcellaire annexés au présent arrêté.

Article 3 : Le bénéficiaire des servitudes est RTE Réseau de Transport d'Electricité – 1 Terrasse Bellini – TSA 41000 – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

Article 4 : Le présent arrêté est notifié à RTE et affiché à la mairie de la commune d'Harfleur pour une durée d'un mois.

Article 5 : La société RTE notifie cet arrêté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception au propriétaire intéressé ainsi, le cas échéant, qu'à chaque occupant pourvu d'un titre régulier.

Article 6 : A défaut d'accord amiable entre RTE et les intéressés, les indemnités de servitudes seront fixées par le juge judiciaire, conformément à l'article L. 323-7 du code de l'énergie.

Article 7 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de l'État dans le département de la Seine-Maritime de la Seine-Maritime.

Article 8 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans un délai de deux mois suivant sa notification, publication ou affichage. Le délai court à compter de la dernière formalité accomplie.

Article 9 : Le secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime, le représentant de la société RTE Réseau de Transport d'Electricité et le maire de la commune d'Harfleur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont copie leur est adressée.

Copie du présent arrêté est également transmise à Monsieur le sous-préfet du Havre, au directeur départemental des territoires et de la mer de la Seine-Maritime et au directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Normandie.

pour la préfète et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan Gordier

Annexe 1
ETAT PARCELLAIRE

Ligne souterraine à 225 000 volts Pont-Sept-Sainneville 2

Département : SEINE-MARITIME
 Commune : HARFLEUR

SECTION	N° PARCELLE	LIEUX-DITS	NATURE DES TERRAINS ET CATEGORIE	INSCRITS A LA MATRICE DES ROLES	NOMS PRENOMS ET ADRESSES DES PROPRIETAIRES		NATURE DE LA SERVITUDE			
					RETOUR DEMANDE D'INFORMATIONS REELS	RETOUR DEMANDE DE RENSEIGNEMENT SOMMAIRE AUX HYPOTHEQUES	LONGUEUR CABLES (M)	LARGEUR DE LA BANDE (M)	EMPRISE DE LA SERVITUDE (M²)	
AB	67	RUE PAUL DOUMER		LIEURY Françoise 48 Rue Saint Placide 75006 PARIS			Aucunes formalités au fichier des hypothèques	16,30 m	5,00 m	81,50 m²

VU POUR ETRE ANNEXE A MON
 ARRETE EN DATE DU

11 AVR. 2017

Pour la Préfète et par délégation,
 le Secrétaire Général



Yvan CORDIER




Réseau de transport d'électricité

 VU POUR ETRE ANNEXE A MON
 VU POUR ETRE ANNEXE A MON

11 AVR. 2017

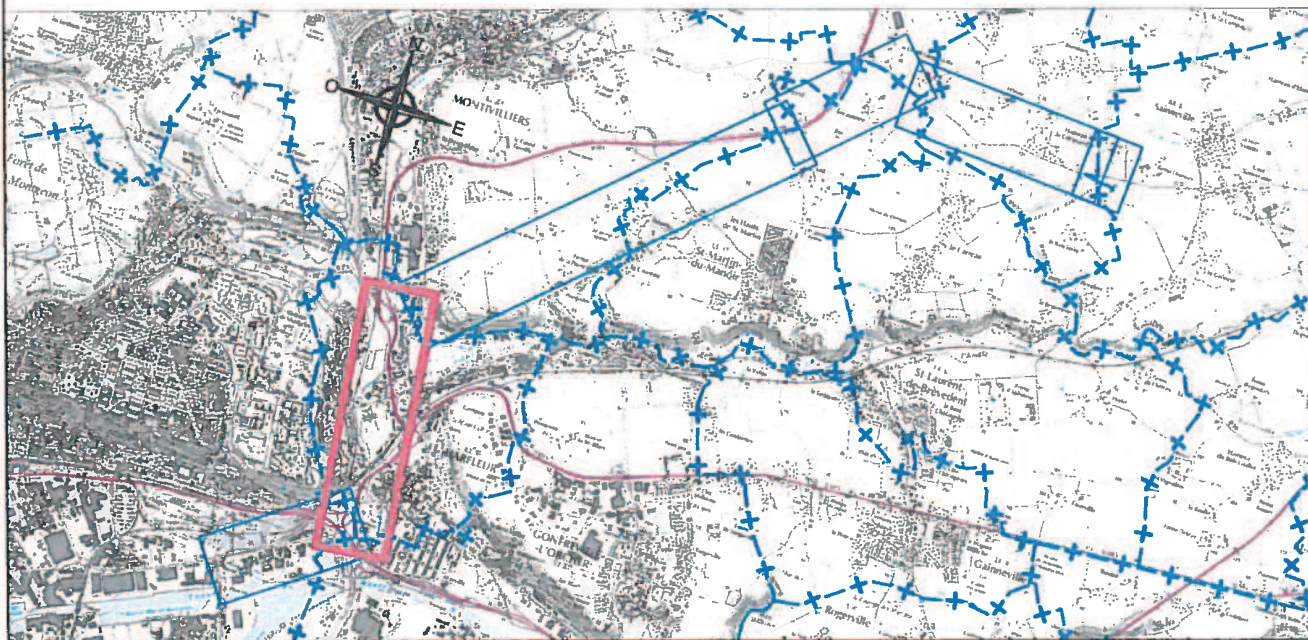
Yvan CORDIER

RESEAU PUBLIC DE TRANSPORT
 DEPARTEMENT DE SEINE-MARITIME
 COMMUNE D'HARFLEUR

Liaisons souterraines à 225 kV
 PONT SEPT - SAINNEVILLE 2

Plan Parcellaire

Echelle : 1 / 2500



CENTRE DE DEVELOPEMENT ET INGENIERIE DE PARIS

Immeuble "Le Fontanot"

29 Rue des Trois Fontanot

92024 NANTERRE CEDEX

Tél. : 01.49.01.32.12 Fax : 01.49.58.30.82

ETUDES DE TRAVAUX D'ARMOR

5, Rue du Lieutenant Mounier

22191 PLERIN CEDEX

Tél. : 02.96.74.56.15 - Fax : 02.96.74.47.01

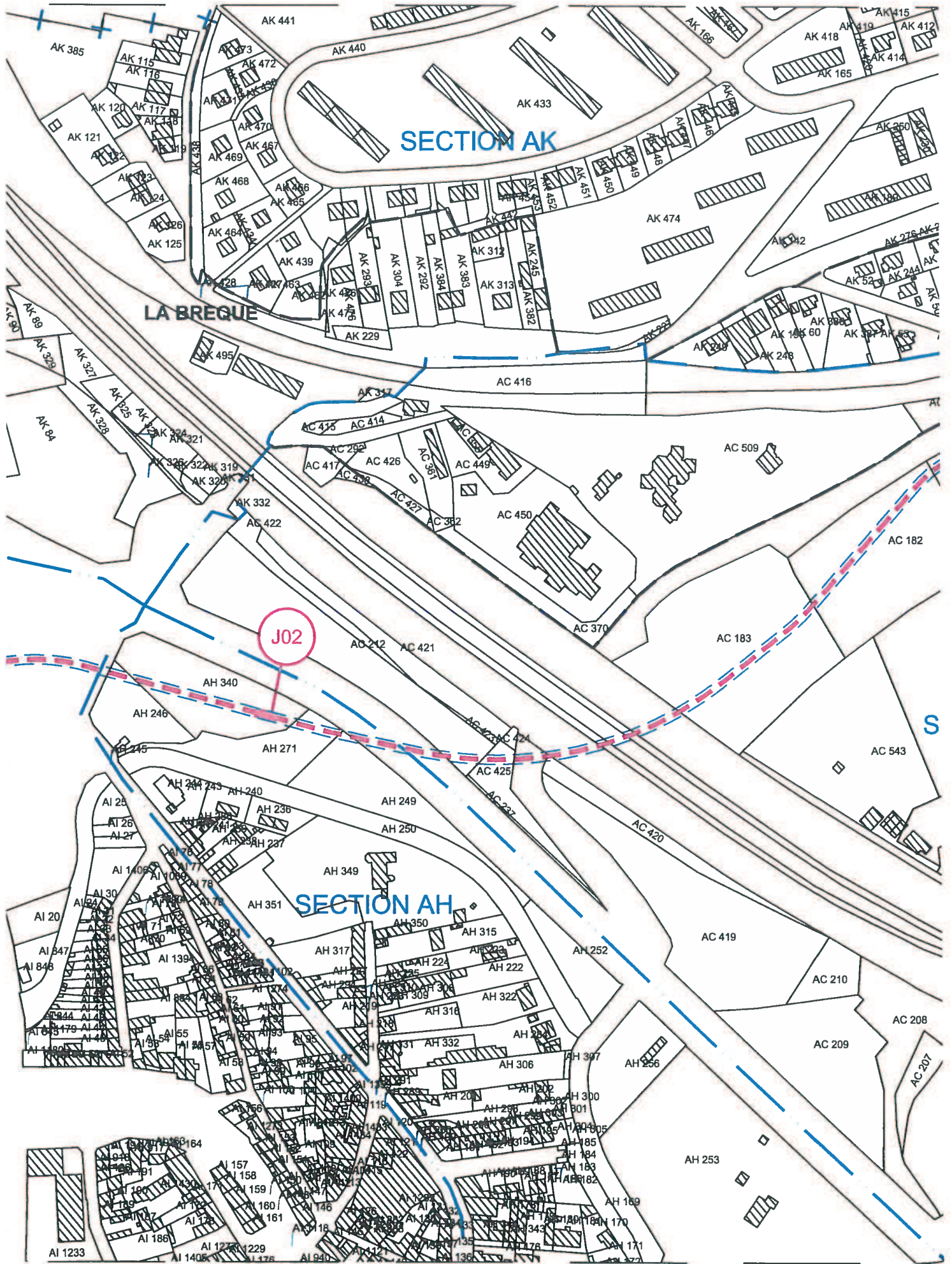
Plan n° : P-PB-P.SEPT62SAINN-LSPP-HARFLEUR-A

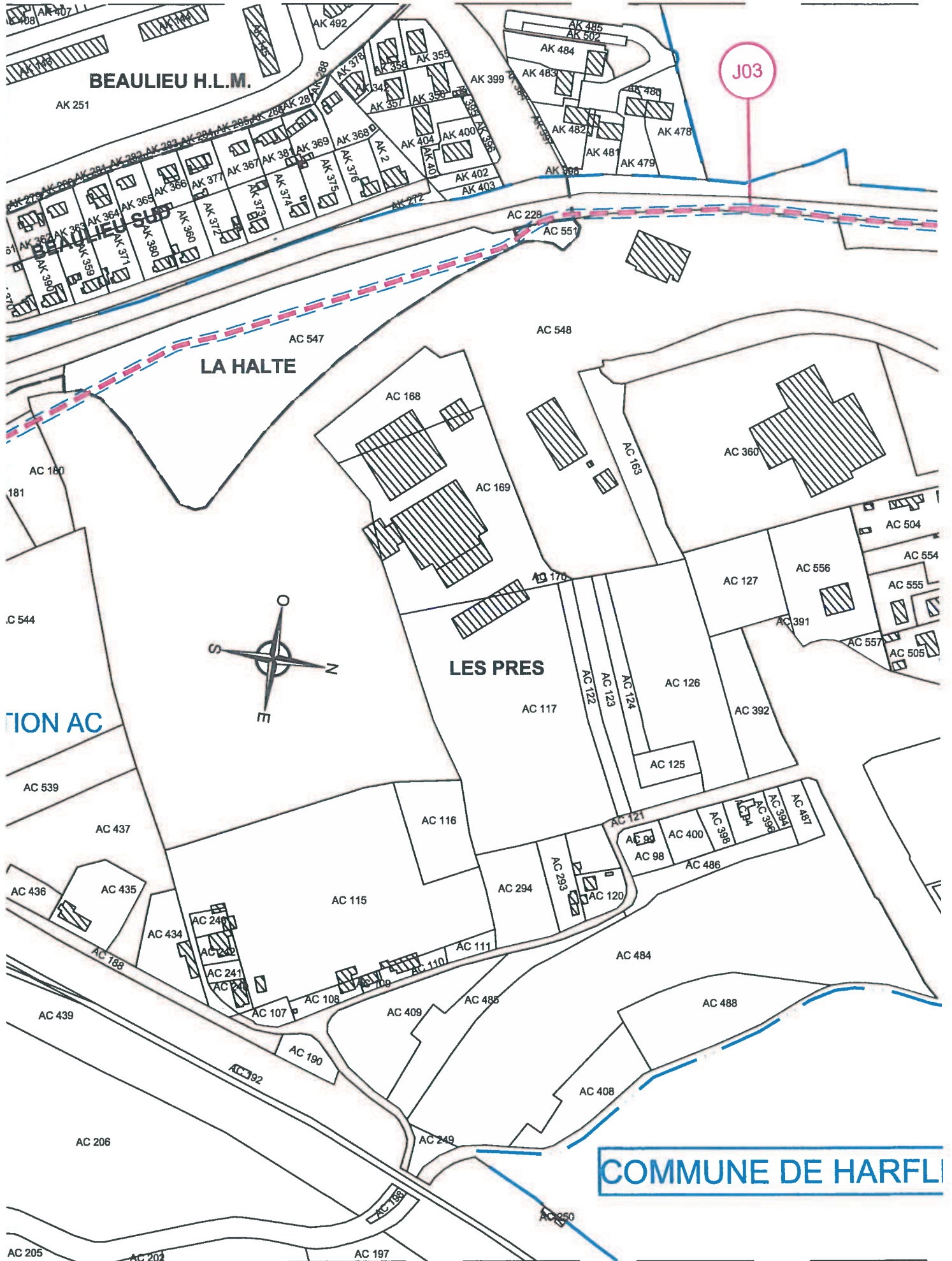
Date :

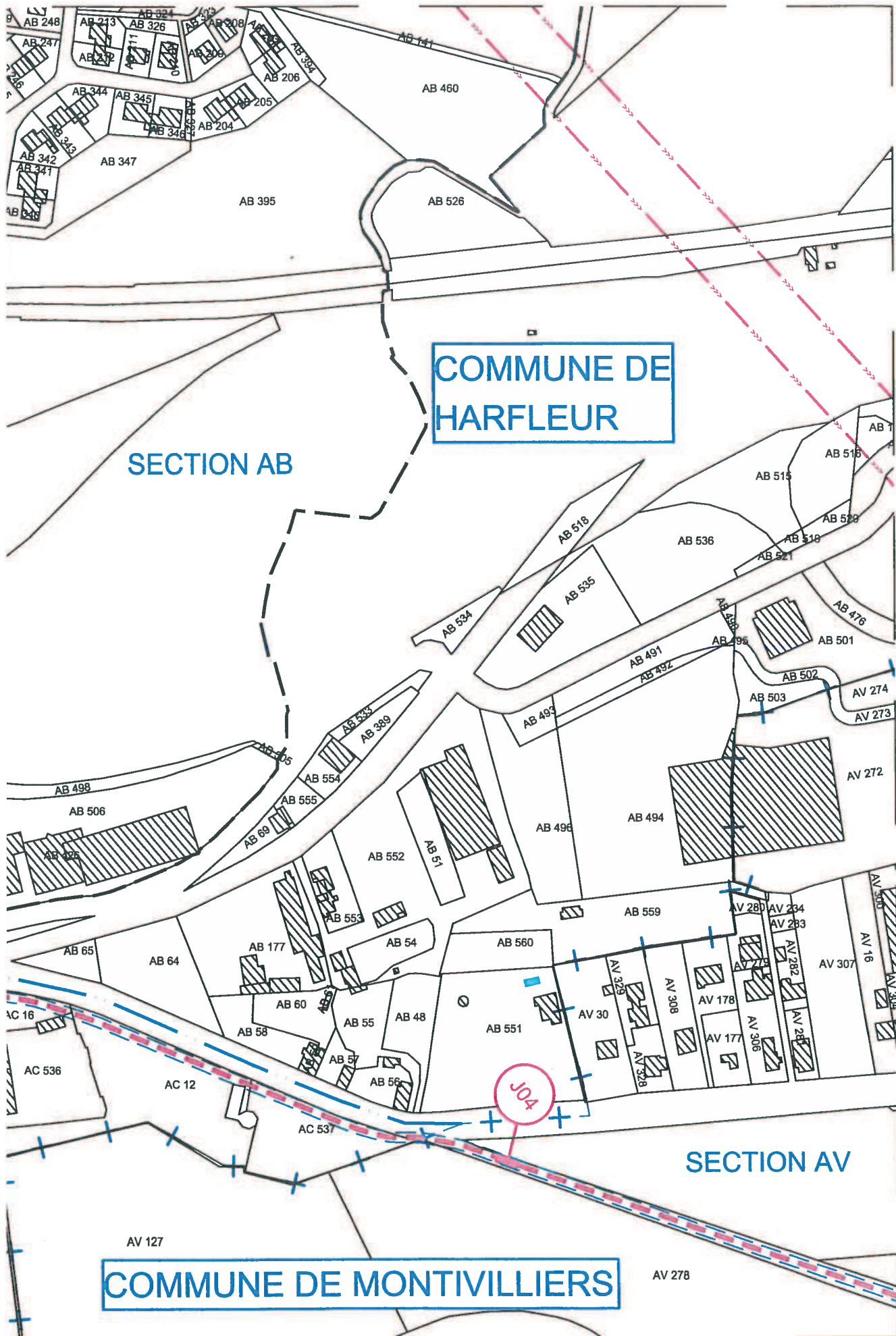
04/10/2016

Surface :

0,297x1,890=0,56m²
 Nom du Fichier : P-PB-P.SEPT62SAINN-LSPP-PONT SEPT-SAINNEVILLE-F.dwg Planimétrie rattachée au système de coordonnées RGF 93 Projection LAMBERT 93







**EXTRAIT ETAT PARCELLAIRE
COMMUNE DE HARFLEUR**

SECTION	NUMERO	Propriétaire inscrit à la matrice cadastrale	Propriétaire réel
.I	1385	FONCIERE CHABRIERES 24 Rue auguste Chabrieres 75015 PARIS	FONCIERE CHABRIERES 24 Rue auguste Chabrieres 75015 PARIS
.I	1250 1345	ETAT PAR LE MINISTERE DE L'EQUIPEMENT DDE De la Seine Maritime	ETAT PAR LE MINISTERE DE L'EQUIPEMENT DDE De la Seine Maritime
H	246 249 271 340	Cité Administrative 2 Rue Saint Sever 76032 ROUEN Cedex	Cité Administrative 2 Rue Saint Sever 76032 ROUEN Cedex
C	212 420 425 468 521		
.I	1329 1386 1388	CODAH COMMUNAUTE DE L'AGGLOMERATION HAVRAISE 19 Rue Georges Braque 76600 LE HAVRE 02 35 22 25 25	CODAH COMMUNAUTE DE L'AGGLOMERATION HAVRAISE 19 Rue Georges Braque 76600 LE HAVRE 02 35 22 25 25
C	12 16 180 181 182 183 536 537 547 548	COMMUNE DE HARFLEUR Mairie 55 rue de la République 76700 HARFLEUR 02 35 13 30 00	COMMUNE DE HARFLEUR Mairie 55 rue de la République 76700 HARFLEUR 02 35 13 30 00
C	228 439	SNCF Division Applications Fiscales 45 Rue de Londres	Aucunes formalités au fichier immobilier

		76379 PARIS Cedex 08	
	467 472	GALLI Aude 58 Rue Guillemard 76600 LE HAVRE GALLI Baptiste Appartement 203 24 Rue Julian Grimau 76800 ST ETIENNE DU ROUVRAY GALLI Claire 67 Rue Saint Lazare 75009 PARIS GALLI Charles 23 Rue Jean Charcot 76600 LE HAVRE GALLI Victoria 229 Rue Felix Faure 76620 LE HAVRE GALLI Hugo 08/11/1992 HARFLEUR 76 78 Rue Anantole France 76600 LE HAVRE	GALLI Aude 29 Route d'Octeville 76310 SAINTE-ADRESSE GALLI Baptiste Appartement 203 24 Rue Julian Grimau 76800 ST ETIENNE DU ROUVRAY GALLI Claire 67 Rue Saint Lazare 75009 PARIS GALLI Charles 23 Rue Jean Charcot 76600 LE HAVRE LEROUX Victoria Née GALLI 30 Rue Roger Duval 76620 LE HAVRE GALLI Romain 7 Rue Maurice Taconet 76310 SAINTE-ADRESSE GALLI Hugo 7 Rue Maurice Taconet 76600 LE HAVRE
AC			
AC	463	CLGI 7 Chemin des Vallées 76700 HARFLEUR	CLGI 7 Chemin des Vallées 76700 HARFLEUR Bruno GALLI
AB	507	LES VALLEES 7 Rue Maurice Taconet 76310 STE ADRESSE	LES VALLEES 7 Rue Maurice Taconet 76310 STE ADRESSE Bruno GALLI
AB	67	LIEURY Françoise 48 Rue Saint Placide 75006 PARIS	Aucunes formalités au fichier immobilier
AC	359	LIGUE HAVRAISE AIDE AUX HANDICAPES 75/79 Rue Emile Zola 76600 LE HAVRE 02 35 42 49 95	LIGUE HAVRAISE AIDE AUX HANDICAPES 75/79 Rue Emile Zola 76600 LE HAVRE 02 35 42 49 95
AC	358	SCI RBS IMMO Chemin du Mesnil 14600 EQUEMAUVILLE Dominique BASTARD / Jacky REBUT / Dany SEBIRE	SCI RBS IMMO Chemin du Mesnil 14600 EQUEMAUVILLE Dominique BASTARD / Jacky REBUT / Dany SEBIRE 752590711 M. Bastard Dominique Le Clos Joli 29 Chemin du Calvaire 14800 CANAPVILLE 02-31-65-02-07 / 06-80-61-55-27 dominique-bastard@wanadoo.fr
AC	373	SAS FINANCIERE DE PLACEMENTS ET PARTICIPATIONS 2 Chemin des Vallées	SAS FINANCIERE DE PLACEMENTS ET PARTICIPATIONS 2 Chemin des Vallées

Préfecture de la Seine-Maritime - DCPE

76-2017-04-11-013

Mise en servitudes ST LEONARD et annexes.pdf

Mise en servitudes ST LEONARD et annexes

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Direction de la coordination des politiques de l'État Bureau des procédures publiques

Affaire suivie par Tatiana Castello
Tél. : 02.32.76.53.92 - Fax : 02.32.76.54.60
Mél. : tatiana.castello@seine-maritime.gouv.fr

Arrêté du **11 AVR. 2017**

portant approbation du tracé de détail et établissement de servitudes d'ancrage, d'appui, de passage, d'abattage d'arbres sur le territoire de la commune de Saint-Léonard en vue de la construction de la double liaison électrique souterraine 225 000 volts Hautes Falaises - Sainneville

La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
officier de la Légion d'Honneur,
officier de l'Ordre national du mérite,

- Vu le code de l'énergie, notamment ses articles L.323-3 et suivants et R. 323-7 et suivants.
- Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements.
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne Buccio, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime.
- Vu l'arrêté ministériel du 25 février 2016 déclarant d'utilité publique la construction de la double liaison électrique souterraine à 225 000 volts Hautes-Falaises - Sainneville qui doit être incorporée dans la concession du réseau public de transport d'électricité accordée à RTE par l'Etat.
- Vu l'arrêté préfectoral n° 17-21 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. Yvan Cordier, secrétaire général de la préfecture de la Seine Maritime.
- Vu la requête présentée le 8 novembre 2016 par RTE Réseau de Transport d'Electricité, en vue d'obtenir l'établissement des servitudes de passage sur les terrains traversés par le tracé projeté pour la double liaison électrique souterraine à 225 000 volts Hautes-Falaises - Sainneville.
- Vu le dossier présenté à l'appui de la demande qui comprend notamment un plan et un état parcellaire.
- Vu l'arrêté préfectoral du 23 novembre 2016 prescrivant l'ouverture d'une enquête en vue de l'établissement de servitudes et désignant M. André Chevin en qualité de commissaire enquêteur
- Vu les rapports et avis du commissaire enquêteur en date du 17 décembre 2016.

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime,

ARRÊTE

Article 1 : Sont approuvés le tracé de détail de la double liaison électrique souterraine 225 000 volts Hautes-Falaises – Sainneville sur le territoire de la commune de Saint-Léonard, tel qu'il figure sur le plan parcellaire et l'état parcellaire annexés au présent arrêté, ainsi que l'établissement des servitudes d'ancrage, d'appui, de passage et d'abattage d'arbres prévues à l'article L. 323-5 du code de l'énergie liées à ce tracé.

Article 2 : Sous réserve de l'accomplissement des formalités prévues aux articles 4 et 5 du présent arrêté, la société RTE est autorisée à exercer les servitudes de passage prévues à l'article L323-5 du code de l'énergie sur la parcelle cadastrale ZI 225 située sur le territoire de la commune de Saint-Léonard conformément au plan et à l'état parcellaire annexés au présent arrêté.

Article 3 : Le bénéficiaire des servitudes est RTE Réseau de Transport d'Electricité – 1 Terrasse Bellini – TSA 41000 – 92919 PARIS LA DEFENSE CEDEX.

Article 4 : Le présent arrêté est notifié à RTE et affiché à la mairie de la commune de Saint-Léonard pour une durée d'un mois.

Article 5 : La société RTE notifie cet arrêté par lettre recommandée avec demande d'avis de réception aux propriétaires intéressés ainsi, le cas échéant, qu'à chaque occupant pourvu d'un titre régulier.

Article 6 : A défaut d'accord amiable entre RTE et les intéressés, les indemnités de servitudes seront fixées par le juge judiciaire, conformément à l'article L. 323-7 du code de l'énergie.

Article 7 : Le présent arrêté sera publié au recueil des actes administratifs de l'Etat du département de la Seine-Maritime.

Article 8 : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans un délai de deux mois suivant sa notification, publication ou affichage. Le délai court à compter de la dernière formalité accomplie.

Article 9 : Le secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime, le représentant de la société Réseau de transport d'électricité et le maire de la commune de Saint-Léonard sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, dont copie leur est adressée.

Copie du présent arrêté est également transmise à Monsieur le sous-préfet du Havre, au directeur départemental des territoires et de la mer de la Seine-Maritime et au directeur régional de l'environnement, de l'aménagement et du logement de Normandie.

pour la préfète et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan Cordier

Double liaison souterraine à 225 000 volts Hautes-Falaises-Sainneville 1 & 2

Département : SEINE-MARITIME
Commune : SAINT-LEONARD

SECTION	N° PARCELLE	LIEUX-DITS	NATURE DES TERRAINS ET CATEGORIE	NOMS PRENOMS ET ADRESSES DES PROPRIETAIRES			NATURE DE LA SERVITUDE		
				INSCRITS A LA MATRICE DES ROLES	RETOUR DEMANDE D'INFORMATIONS REELS	RETOUR DEMANDE DE RENSEIGNEMENT SOMMAIRE AUX HYPOTHEQUES	LONGUEUR CABLES (M)	LARGEUR DE LA BANDE (M)	EMPRISE DE LA SERVITUDE (M²)
ZI	225	LE VILLAGE		ARGENTIN Michel 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD ARGENTIN Chantal Née BOUGON 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD		ARGENTIN Michel 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD ARGENTIN Chantal Née BOUGON 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD	130,72 m	6,00 m	784,32 m²

VU POUR ETRE ANNEXE A MON
ARRETE EN DATE DU 11 AVR. 2017Pour la Préfète et par délégation,
le Secrétaire Général

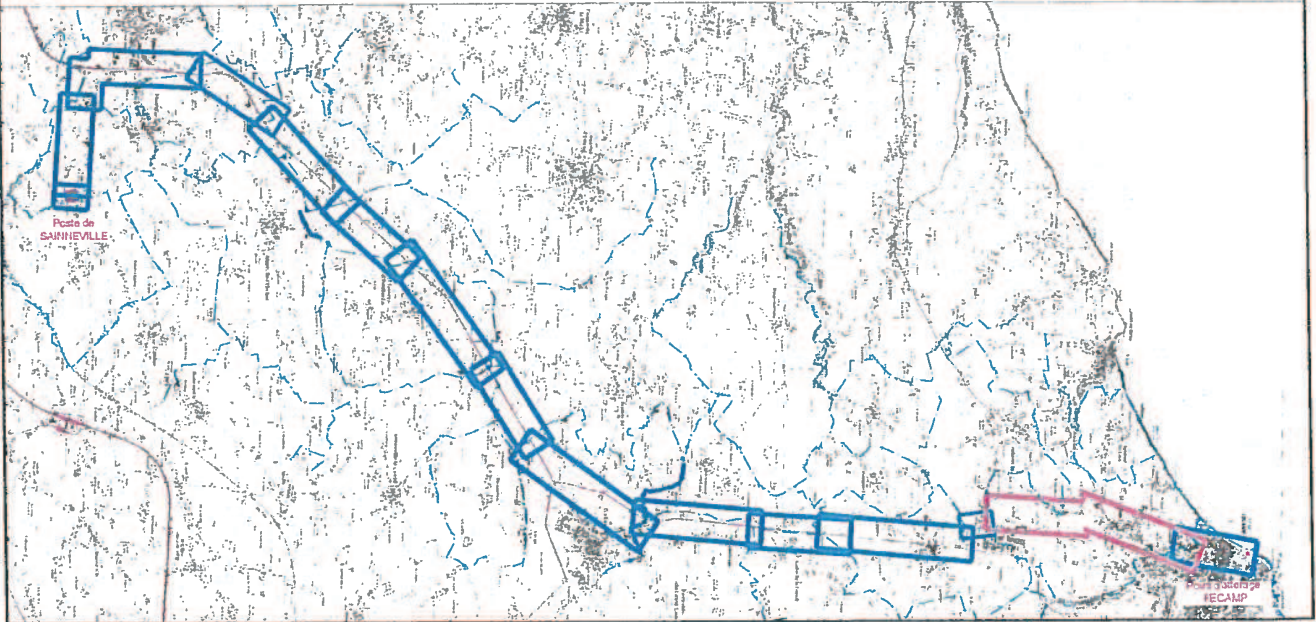

Yann CORDIER

RESEAU PUBLIC DE TRANSPORT
 DEPARTEMENT DE SEINE-MARITIME (76)
 COMMUNE DE SAINT LEONARD

Liaison souterraine 225 kV
 Hautes Falaises-Sainneville 1&2

Plan Parcellaire

Echelle : 1 / 2500



CENTRE DE DEVELOPEMENT ET INGENIERIE DE PARIS
 Tour "LE VERMONT"
 29 Rue des Trois Fontanot
 92024 NANTERRE CEDEX
 Tél. : 01.79.01.32.12 Fax : 01.69.58.30.82

ETUDES DE TRAVAUX D'ARMOR

5, Rue du Lieutenant Mounier
 22191 PLERIN CEDEX
 Tél. : 02.96.74.56.15 - Fax : 02.96.74.47.01

Plan n° : P-PV-H.FALL62SAINN-LSP-LEONARD-A

Date : 04/10/2016

Surface : 0.297x2.310=0.69m²

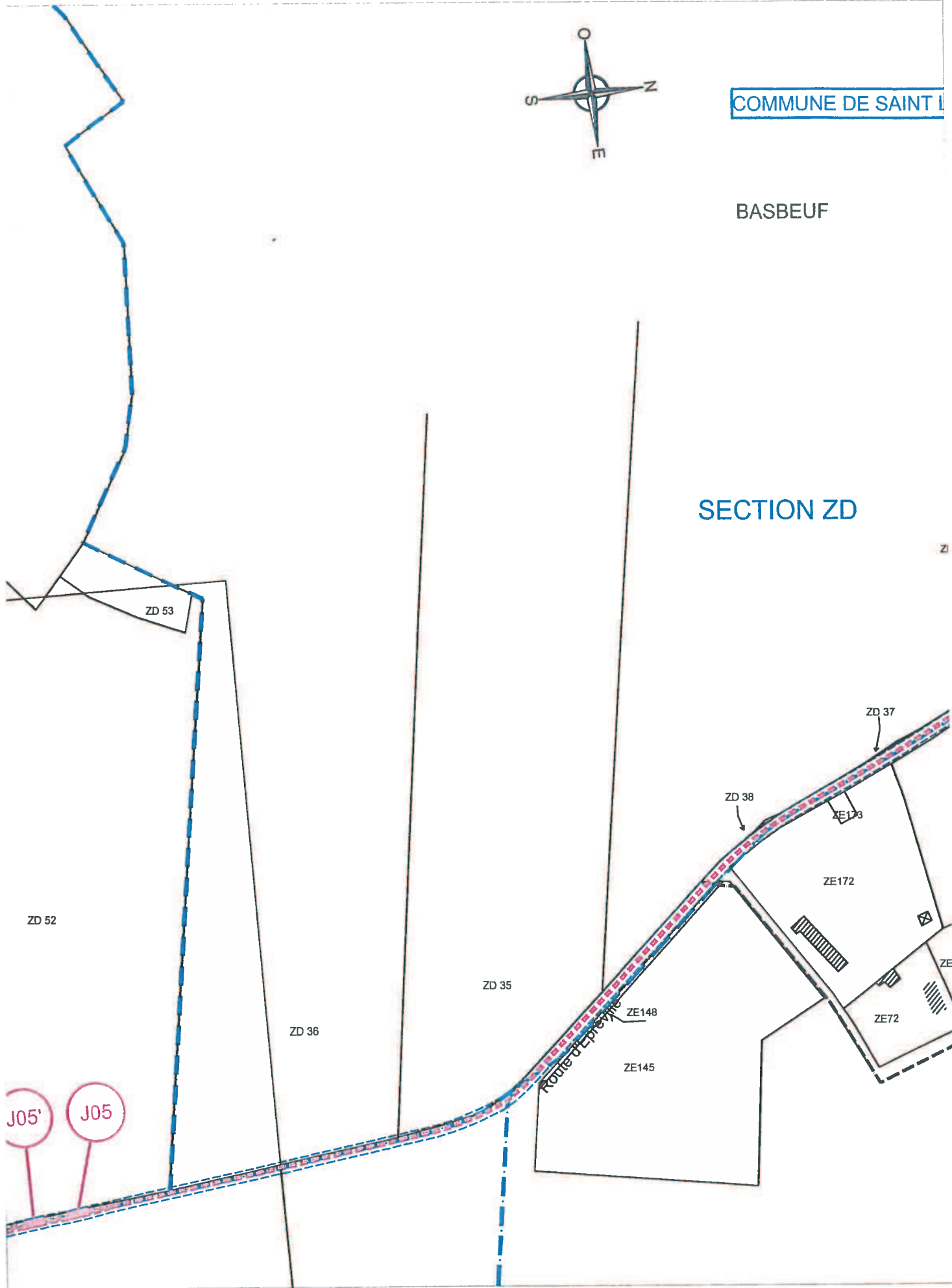
Nom du Fichier : P-PV-H FALL62SAINN-LSP-HAUTES_FALAISES-SAINNEVILLE-\$ dwg Planimétrie rattachée au système de coordonnées RGF 93 Projection LAMBERT 93



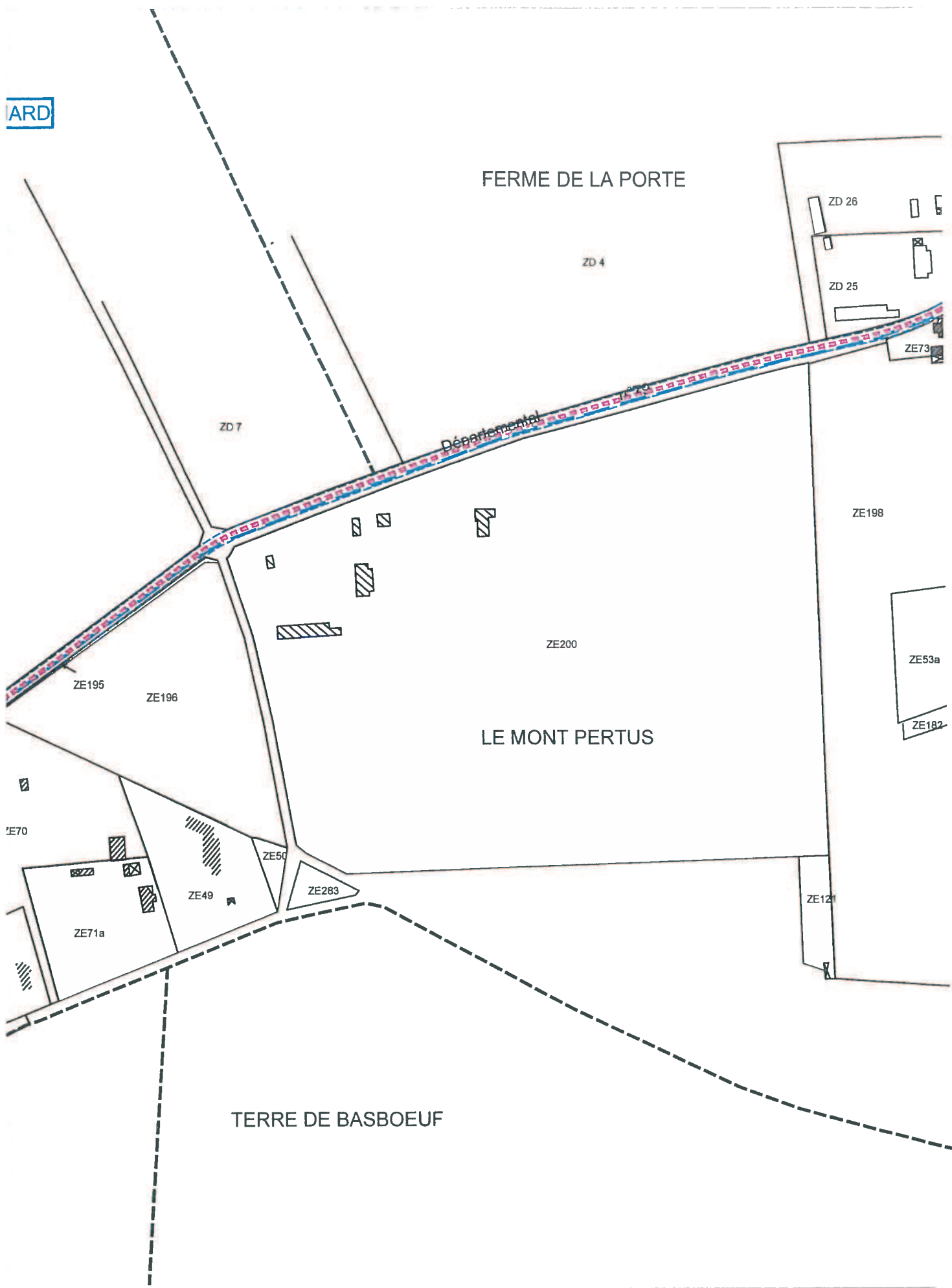
COMMUNE DE SAINT L

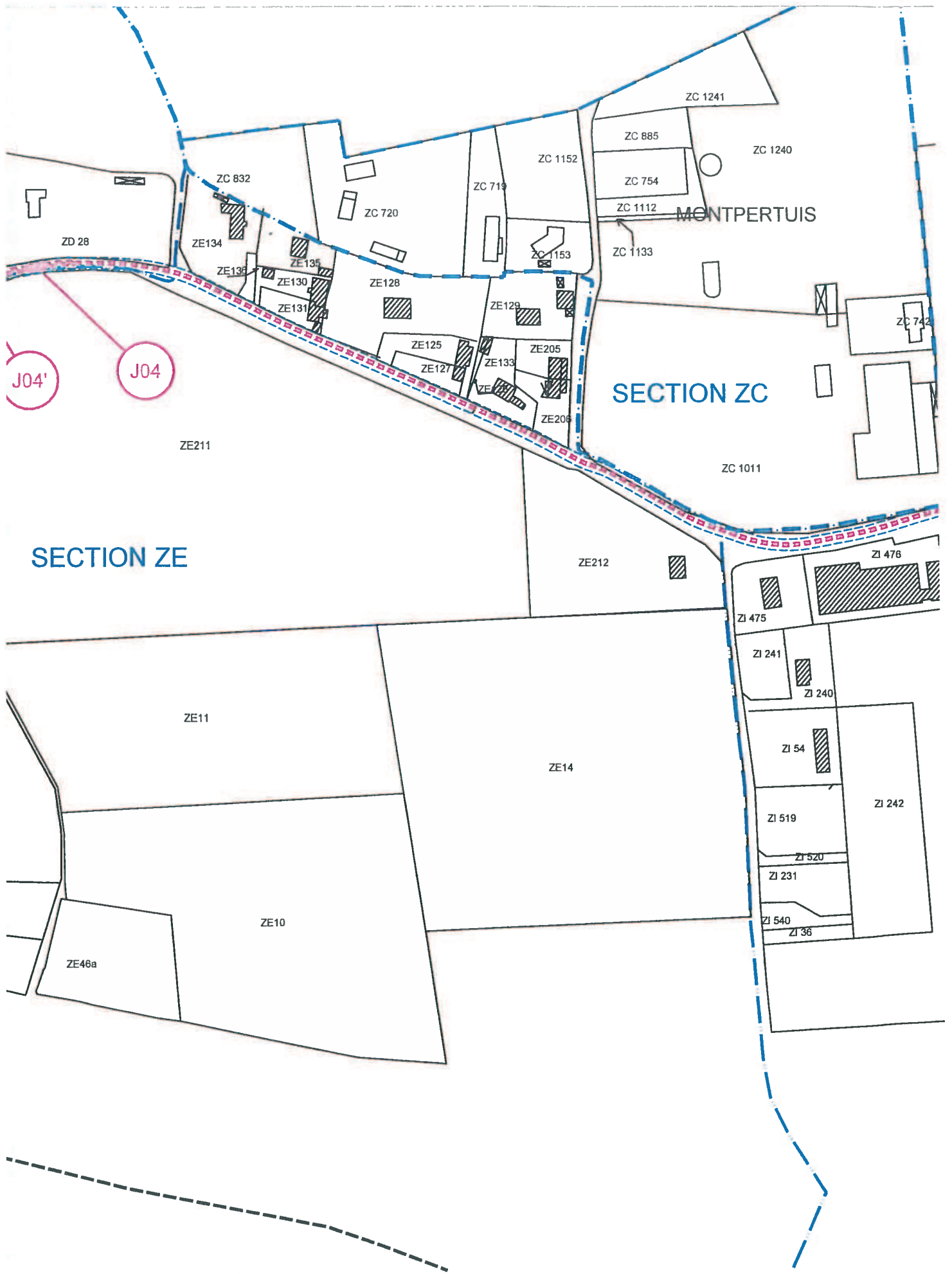
BASBEUF

SECTION ZD



ARD





LE PETIT HAMEAU

ZH19

ZH196

SECTION ZH

ZH194

ZH126

ZH66

ZH41

ZH40

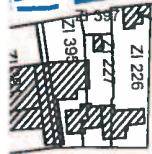
ZH76

ZH80

ZI 399

ZH76

ZH78

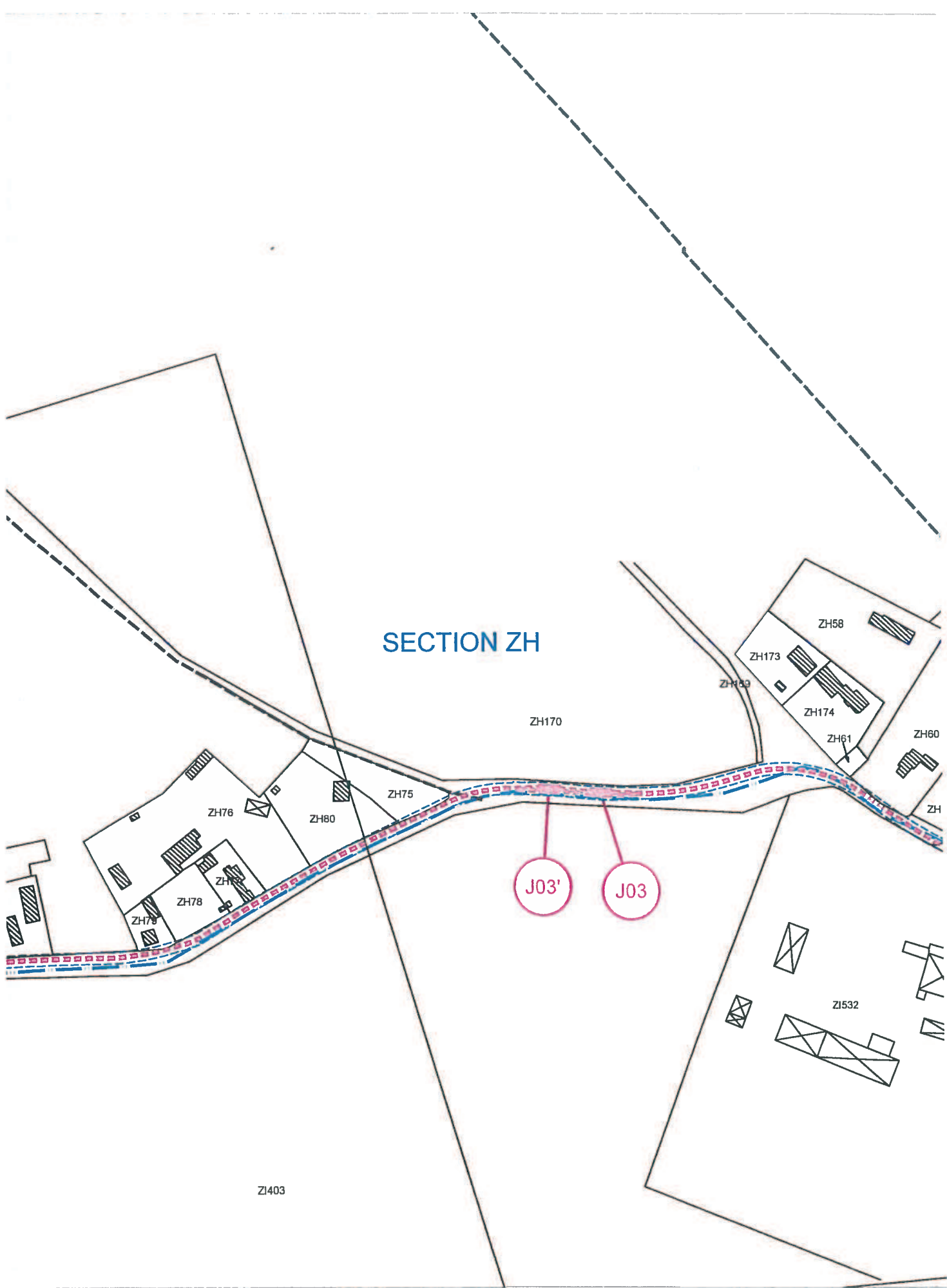


SECTION ZI

ZI403

ZI 401

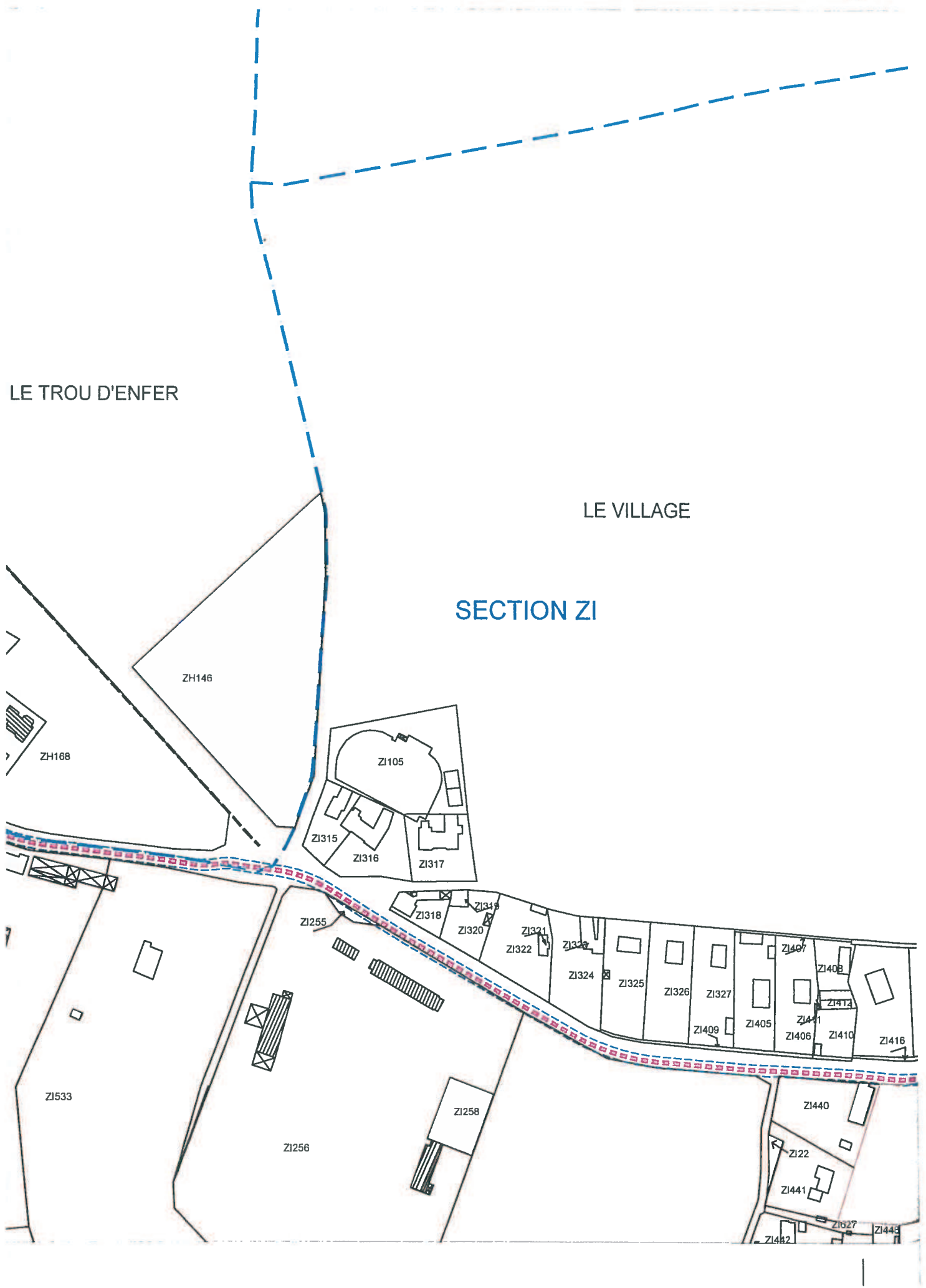
LE BOULERAIN

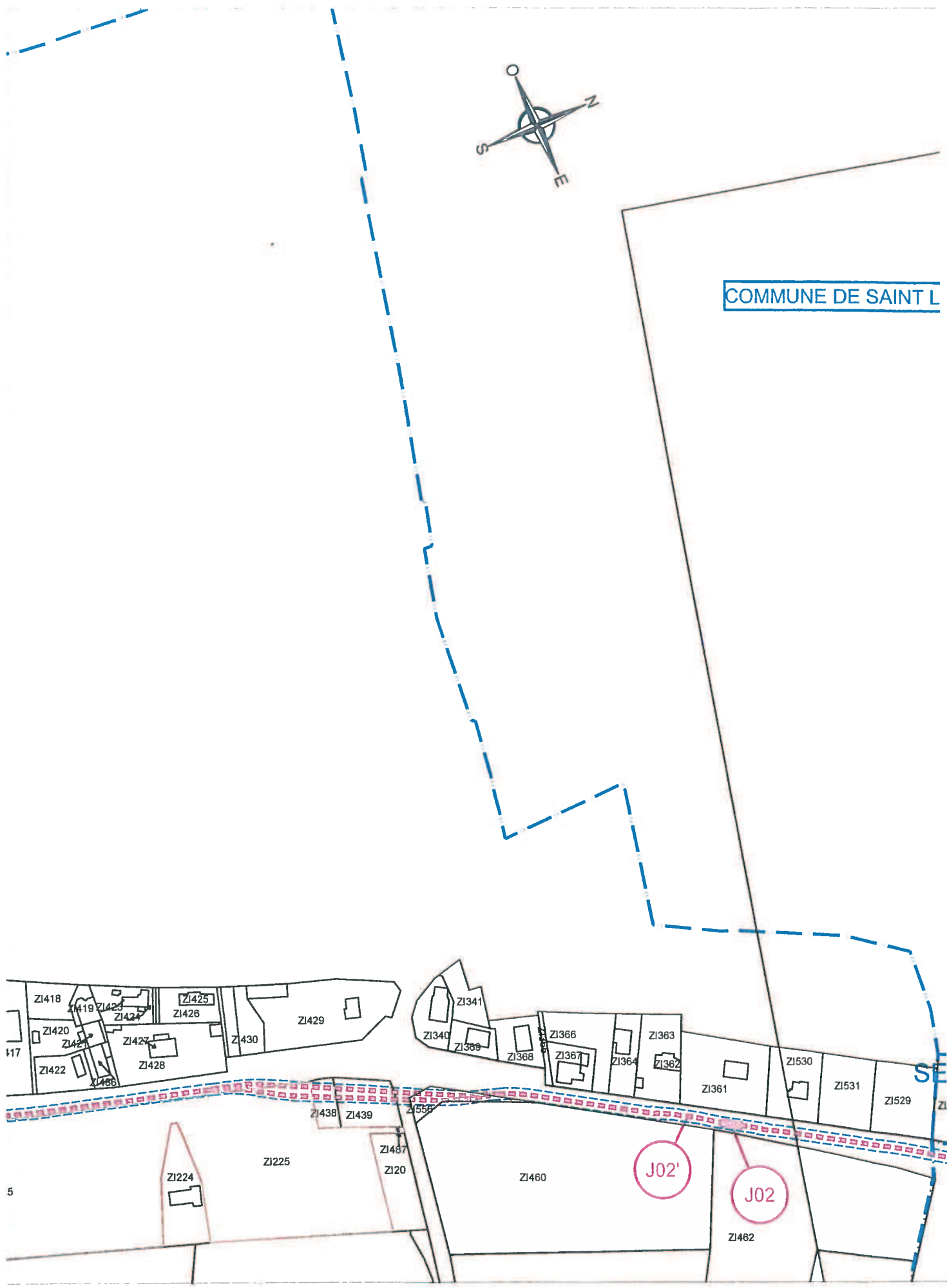


LE TROU D'ENFER

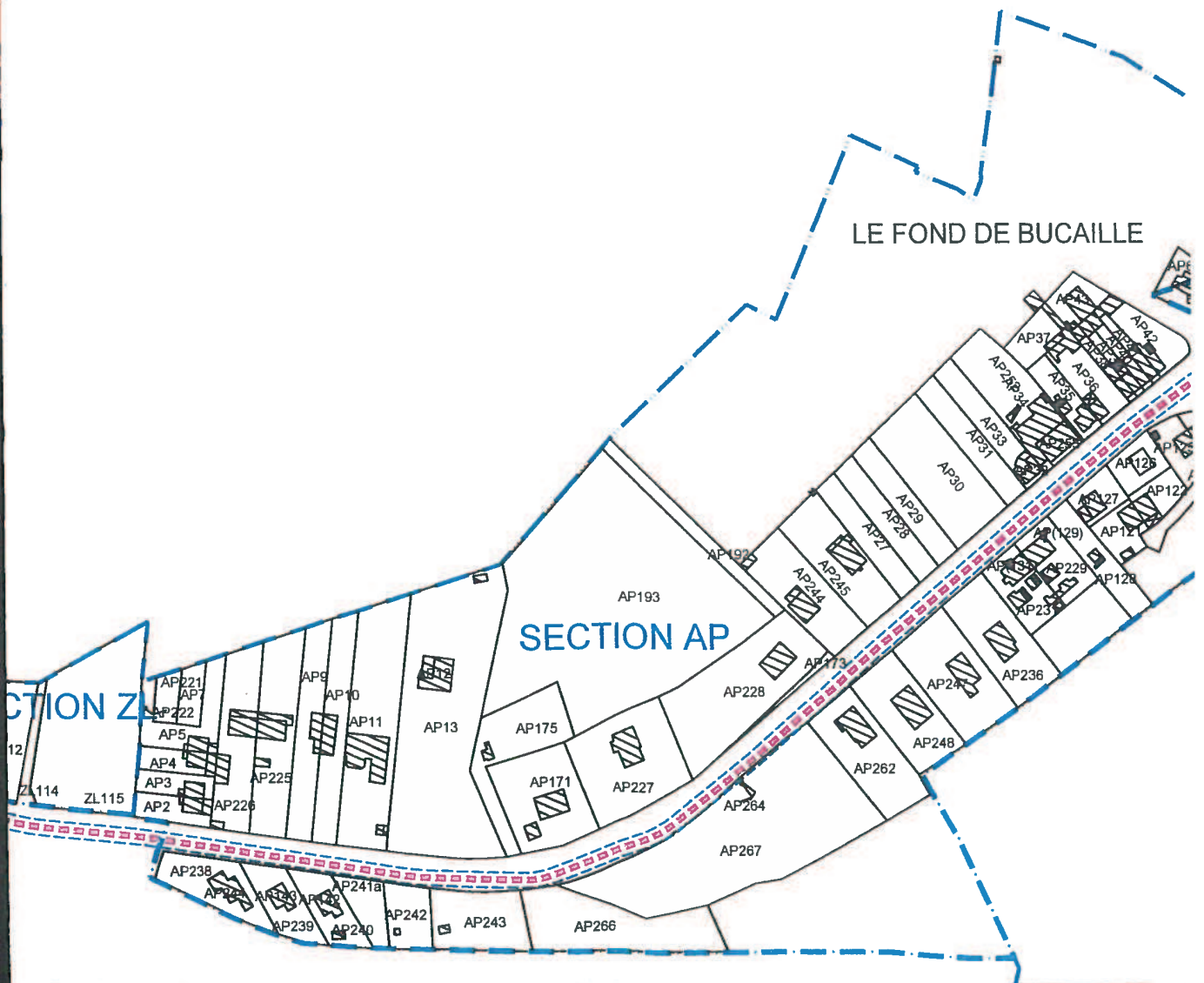
LE VILLAGE

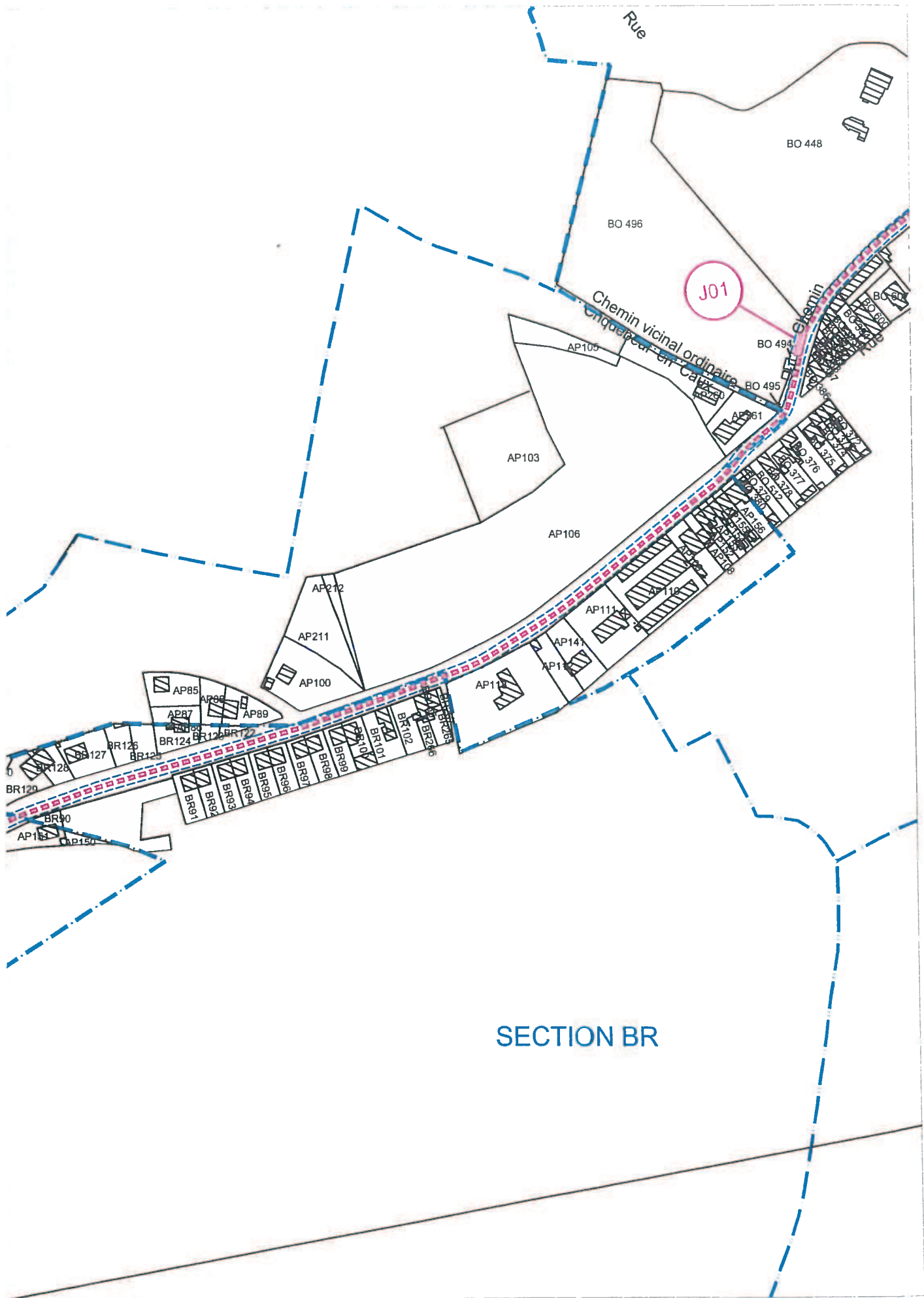
SECTION ZI





LEONARD





EXTRAIT ETAT PARCELLAIRE**COMMUNE DE SAINT LEONARD**

SECTION	NUMERO	Propriétaire inscrit à la matrice cadastrale	Propriétaire réel
ZI	438 439	DEPARTEMENT DE LA SEINE MARITIME Direct° Domaine Départemental Quai Jean Moulin 76101 ROUEN Cedex 02 35 03 55 55	DEPARTEMENT DE LA SEINE MARITIME Direct° Domaine Départemental Quai Jean Moulin 76101 ROUEN Cedex 02 35 03 55 55
ZI	225	ARGENTIN Michel 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD ARGENTIN Chantal Née BOUGON 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD	ARGENTIN Michel 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD ARGENTIN Chantal Née BOUGON 1481 Route d'Etretat 76400 SAINT-LEONARD

Préfecture de la Seine-Maritime - DRCLE

76-2017-05-28-001

Arrêtés du 28 avril 2017 fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maitre sur les territoires des communes de : Fécamp, Le havre, Rouen, Sainte-adresse, Sait Etienne du Rouvray, Val de la Haye et Veulettes sur Mer.



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
FÉCAMP**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Sont présumés vacants et sans maîtres et susceptibles de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Fécamp, les biens immobiliers satisfaisants aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
AB	303
AV	319
BO	272
BO	273
BO	469

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Fécamp aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Fécamp sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

28 AVR. 2017
Arrêté du

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
LE HAVRE**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Est présumé vacant et sans maître et susceptible de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune du Havre, le bien immobilier satisfaisant aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
PB	126

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie du Havre aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de la commune du Havre, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
ROUEN**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Est présumé vacant et sans maître et susceptible de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Rouen, le bien immobilier satisfaisant aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
HZ	220

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Rouen aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Rouen sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
SAINTE-ADRESSE.**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-01 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Est présumé vacant et sans maître et susceptible de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Sainte-Adresse, le bien immobilier satisfaisant aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
XB	34

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Sainte-Adresse aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Sainte Adresse sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
SAINT ETIENNE DU ROUVRAY**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Sont présumés vacants et sans maîtres et susceptibles de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Saint Etienne du Rouvray, les biens immobiliers satisfaisants aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
AN	47

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Saint Etienne du Rouvray aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Saint Etienne du Rouvray sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
VAL DE LA HAYE**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Sont présumés vacants et sans maîtres et susceptibles de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Val de la Haye, les bien immobiliers satisfaisants aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
AB	2
AC	49

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Val de la Haye aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Val de la Haye sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

PREFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC
LES COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS
Bureau de l'intercommunalité et du contrôle de légalité

Arrêté du **28 AVR. 2017**

**fixant la liste des immeubles présumés vacants et sans maître sur le territoire de la commune de
VEULETTES-SUR-MER**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code général de la propriété des personnes publiques et notamment les articles L.1123-1 alinéa 3 et L.1124-4 ;
- Vu les articles 539 et 713 du code civil ;
- Vu la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, et notamment son article 147 ;
- Vu la loi n° 2014-366 du 24 mars 2014 pour l'accès au logement et à l'urbanisme rénové ;
- Vu la loi n° 2014-1170 du 13 octobre 2014 d'avenir pour l'agriculture, l'alimentation et la forêt et notamment son article 72 ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-21 du 6 mars 2017 modifié portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la liste des parcelles qui satisfont aux conditions prévues au 3° de l'article 1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques communiquée par le centre des impôts fonciers ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRETE

Article 1^{er} - Est présumé vacant et sans maître et susceptible de faire l'objet d'un transfert dans le domaine privé de la commune de Veulettes-sur-Mer, le bien immobilier satisfaisant aux conditions prévues au 3° de l'article L.1123-1 du code général de la propriété des personnes publiques ci après désigné :

Section cadastrale	Numéro de plan
AB	195

Article 2 - Le présent arrêté sera publié au Recueil des Actes Administratifs. Il sera en outre, affiché à la mairie de Veulettes-sur-Mer aux endroits réservés à cet effet et par tous les autres moyens en usage dans la commune. Il fera également l'objet, s'il y a lieu, d'une notification au dernier domicile et résidence du dernier propriétaire connu.

Article 3 - Dans le cas où un propriétaire ne s'est pas fait connaître dans un délai de six mois à dater de l'accomplissement de la dernière des mesures de publicités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 1123-4 susvisé, l'immeuble est présumé sans maître. La commune peut, par délibération de son organe délibérant, l'incorporer dans son domaine. Cette incorporation est constatée par arrêté du maire.

Article 4 - A défaut de délibération prise dans un délai de six mois à compter de la vacance présumée du bien, la propriété de celui-ci est attribuée à l'Etat. Le transfert du bien dans le domaine de l'Etat est constaté par un acte administratif.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture, le maire de Veulettes sur Mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le

28 AVR. 2017

Pour la préfète, et par délégation,
le secrétaire général,



Yvan CORDIER

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Préfecture de la Seine-Maritime - DRCLE

76-2017-05-02-001

Renouvellement d'habilitation Etablissement de pompes
funèbres - Etablissement LORDEL sis 9 rue Saint-Pierre
76390 AUMALE -

*Renouvellement d'habilitation Etablissement de pompes funèbres sis 9 rue Saint-Pierre 76390
AUMALE*



PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

DIRECTION DES RELATIONS AVEC LES
COLLECTIVITÉS LOCALES ET DES ÉLECTIONS

bureau de l'intercommunalité et du
contrôle de légalité

Affaire suivie par Mme Isabelle NOURY

Arrêté du **02 MAI 2017**

portant habilitation dans le domaine funéraire

La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite

- Vu le code général des collectivités territoriales notamment les articles L.2223-23 et suivants et R.2223-56 et suivants ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral n° 17-21 du 06 mars 2017 portant délégation de signature à M Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 1er avril 2011 modifié le 16 septembre 2015 portant habilitation dans le domaine funéraire sous le n° 11 76 118 pour l'établissement de pompes funèbres de la SARL Pompes Funèbres Etablissements LORDEL sis 7 rue Gambetta 80220 GAMACHES ;
- Vu la demande en RAR reçue en préfecture le 27 février 2017 complétée les 22 mars, 04 et 25 avril 2017 de la SARL Etablissements LORDEL signée de M. Jean-Bernard LORDEL en qualité de gérant responsable, sollicitant le renouvellement de son habilitation afin d'exploiter dans le domaine funéraire l'établissement visé ci-dessous ;

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRÊTE

Article 1er - L'établissement de pompes funèbres de la SARL LORDEL à enseigne commerciale Pompes funèbres Aumaloises Etablissements LORDEL sis 9 rue Saint-Pierre 76390 AUMALE exploité par M. Jean-Bernard LORDEL en qualité de gérant responsable, est habilité pour exercer sur l'ensemble du territoire les activités funéraires suivantes :

- ◆ Transport de corps avant mise en bière ;
- ◆ Transport de corps après mise en bière ;
- ◆ Organisation des obsèques ;
- ◆ Fourniture des housses, des cercueils et de leurs accessoires intérieurs et extérieurs ainsi que des urnes cinéraires ;
- ◆ Fourniture des corbillards et des voitures de deuil ;
- ◆ Fourniture de personnel et des objets et prestations nécessaires aux obsèques, inhumations, exhumations et crémations ;

pour une durée de SIX ans.

Article 2 - Le numéro de l'habilitation est : **17 76 118**

Article 3 - La présente habilitation est valable jusqu'au **02 MAI 2023**

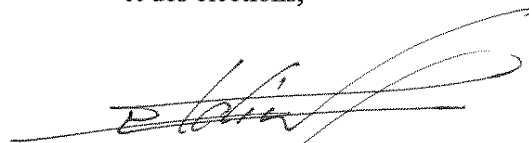
Article 4 - La présente habilitation pourra être suspendue pour une durée maximum d'un an ou retirée, après mise en demeure par le représentant de l'État dans le département où les faits auront été constatés pour les motifs suivants :

- ↳ non respect des conditions auxquelles était soumise sa délivrance (article L.2223-23 et L.2223-24 du code général des collectivités territoriales).
- ↳ non respect du règlement national des pompes funèbres.
- ↳ non exercice ou cessation d'exercice des activités au titre desquelles elle a été délivrée.
- ↳ atteinte à l'ordre public ou danger pour la salubrité publique.

Article 5 - Le secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Rouen, le **02 MAI 2017**

Pour la préfète et par délégation,
le directeur des relations avec les collectivités locales
et des élections,



Patrick ELDIN

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa publication.(ou sa notification).

Préfecture de la Seine-Maritime - DRLP

76-2017-05-02-005

4ème rallye du Vespa Club les Loges 76 les 05 et 06 août
2017

Rallye touristique les 05 et 06 août 2017 par le Vespa Club les Loges 76.



PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

**DIRECTION DE LA RÉGLEMENTATION ET DES
LIBERTÉS PUBLIQUES**

BUREAU de la réglementation générale et
de l'état civil

Affaire suivie par M.TABART

Tél. 02 32 76 53 15

Fax 02 32 76 54 62

Mél. johann.tabart@seine-maritime.gouv.fr

Arrêté du 02 mai 2017

Portant dérogation à l'interdiction d'utilisation de certaines routes aux concentrations et manifestations sportives dans le département de la Seine-Maritime pour l'organisation du 4^e rallye du Vespa Club Les Loges 76 prévu les 05 et 06 août 2017.

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code du sport ;
- Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;
- Vu le décret du Président de la République en date du 16 février 2017 nommant Mme Fabienne BUCCIO, préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté ministériel du 30 décembre 2016 portant interdiction de certaines routes aux concentrations et manifestations sportives ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 4 février 2011 portant interdiction d'utilisation de certaines routes aux concentrations et manifestations sportives dans le département de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté n° 17-21 du 06 mars 2017 portant délégation de signature à M. Yvan CORDIER, secrétaire général de la préfecture de la Seine-Maritime ;
- Vu la demande produite par M. Serge LEDUEY, du Vespa Club Les Loges 76 (tél : 06 17 79 14 45) pour organiser un rallye touristique de scooters anciens les 05 et 06 août 2017 ;
- Vu les avis favorables émis par :
 - le directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime le 12 avril 2017 ;
 - le colonel, commandant la région de gendarmerie de Normandie, commandant le groupement de gendarmerie de la Seine-Maritime le 28 avril 2017 ;
 - le président du conseil départemental de la Seine-Maritime le 28 mars 2017 ;
 - le directeur départemental des territoires et de la mer le 26 avril 2017 ;

Préfecture de la Seine-Maritime - 7 place de la Madeleine - CS16036 - 76036 ROUEN CEDEX - Standard : 02 32 76 50 00
Site Internet : www.seine-maritime.gouv.fr

Considérant que la concentration susvisée prévoit d'emprunter une partie des routes RD 20, RD 40, RD 60, RD 490, RD 925, RD 926, RD 940, RD 982 et RD 6015 routes interdites aux concentrations et manifestations sportives dans le département de la Seine-Maritime ;

Considérant que l'article 5 de l'arrêté préfectoral du 4 février 2011 précité permet des dérogations à ce type d'interdiction dès lors que les conditions de circulation et de sécurité routières le permettent.

Sur proposition du secrétaire général de la préfecture,

ARRÊTE

Article 1^{er} - Suivant l'itinéraire annexé, les participants de la concentration sont autorisés, à titre exceptionnel, à emprunter les voies suivantes :

– RD 20, RD 40, RD 60, RD 490, RD 925, RD 926, RD 940, RD 982 et RD 6015.

Article 2 - Le secrétaire général de la préfecture, le colonel, commandant la région de gendarmerie de Normandie, commandant le groupement de gendarmerie de la Seine-Maritime, le directeur départemental de la sécurité publique de la Seine-Maritime, le président du conseil départemental de la Seine-Maritime et le directeur départemental des territoires et de la mer sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime. Un exemplaire sera notifié à M. Serge LEDUEY.

Fait à Rouen, le 02 mai 2017.

Pour la préfète et par délégation,
le chef de bureau,



Gaspard FORMERY

Voies et délais de recours – Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa publication ou de sa notification.



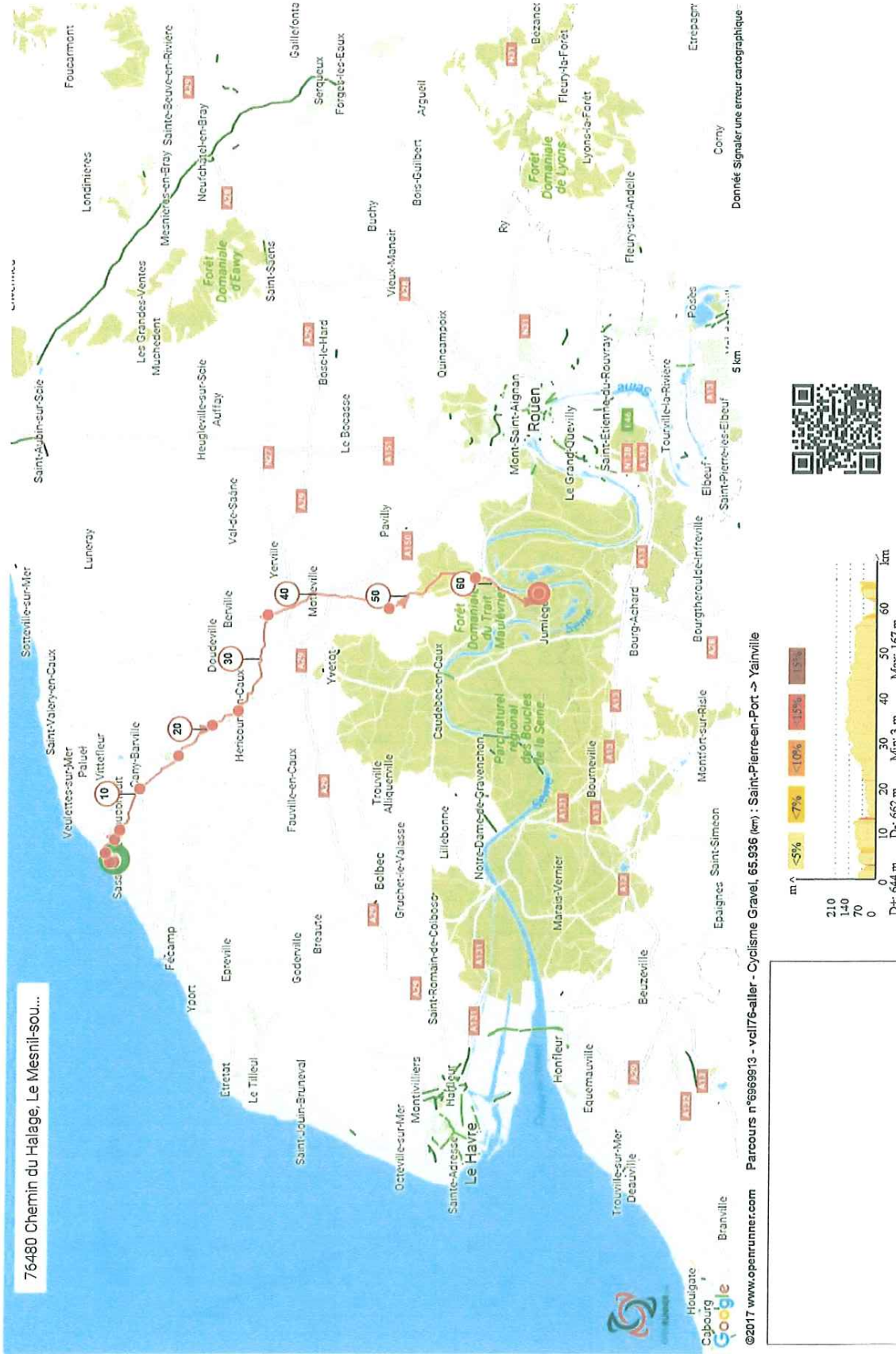
Rallye VCCLL76

Samedi 5 aout 2017

Aller

Trajet	KM		Direction Type route
Saint pierre en port	0Km		Les grandes dalles D79
Les grandes dalles	3km		Sassetot le Mauconduit D79
Sassetot le Mauconduit	5Km		Criquetot le mauconduit D479
Criquetot le Mauconduit	8Km		Ouinville D471
Ouinville	10.5Km		Le Maudrouard D71
Le Maudrouard	13.5Km		Mautheville D71
Mautheville	14Km		Le hanouard D131
Le Hanouard	18.5Km		Oherville D131
Oherville	20.5Km		Héricourt en caux D131
Héricourt en caux	23.5Km		Hautot saint Sulpice D131
Hautot saint sulpice	28.5km		Etouteville D53
Etouteville	32Km		Hameau de gournay D53
Hameau de gournay	34.5Km		Grémonville D53
Grémonville	35.5Km		Motteville D20
Motteville	40.5Km		Fréville D20
Fréville	48.5Km		Duclair D5/ D20 Yainville
Yainville	65.5Km		Jumièges D143
Jumièges	68Km		Le Mesnil /Jumièges D65
Le Mesnils sous Jumièges	72Km		Arrivée

Le droit de reproduction est strictement réservé à un usage personnel et privé. Lors de la pratique de votre activité, veillez à respecter les propriétés et chemins privés.





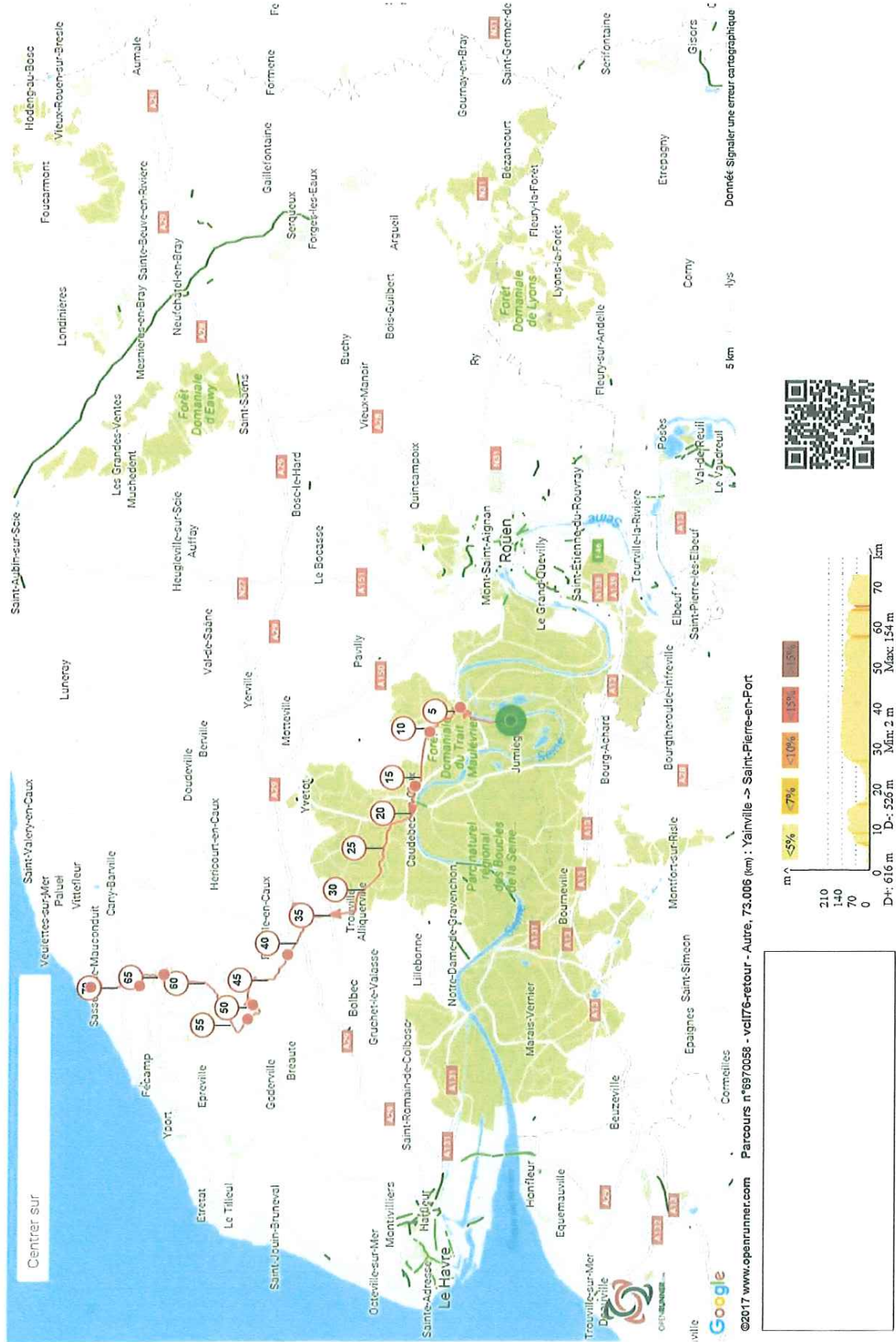
Rallye VCCLL76

Samedi 5 août 2017

Retour

Trajet	KM		Type route
Le Mesnils sous Jumiéges	0Km		Duclair D65
Duclair	9Km		Sainte marguerite /Duclair D64
Sainte marguerite/Duclair	14.5Km		Saint Wandrille D64
Saint Wandrille	21Km		Caudebec en Caux D131
Caudebec en caux	24.5Km		Saint aubin de Crétot D40
Saint aubin de Crétot	35Km		Trouville Alliquerville D40
Trouville Alliquerville	40Km		Foucart D104
Foucart	43Km		Yébleron D104
Yébleron	48.5Km		Saint Maclou la Bière D73
Saint Maclou la Bière	55.5Km	Visite Musée	Angerville Bailleul D11
Angerville Bailleul	57Km		Annouville Villemesnil D10
Annouville Vilmesnil	59Km		Valmont D17
Valmont	70Km		Thérouldeville D69
Thérouldeville	72.5Km		Angerville La martel D33
Angerville la martel	74Km		Ancretteville /mer D
Ancretteville sur mer	78Km		Saint pierre en port D
Saint pierre en port	80.5km		

Le droit de reproduction est strictement réservé à un usage personnel et privé. Lors de la pratique de votre activité, veillez à respecter les propriétés et chemins privés.





Rallye VCCLL76

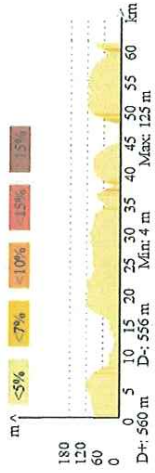
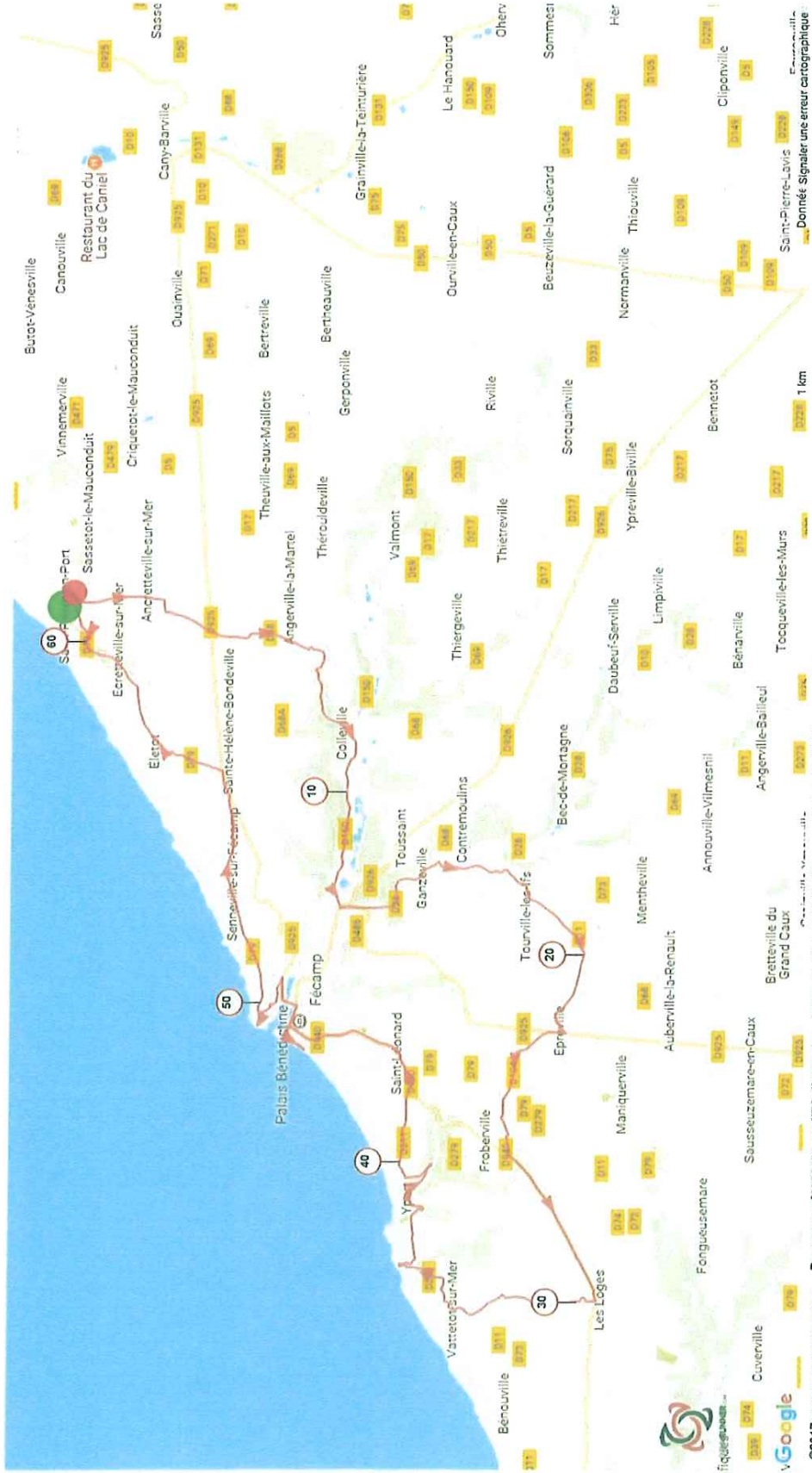
Dimanche 6 août 2017

Balade

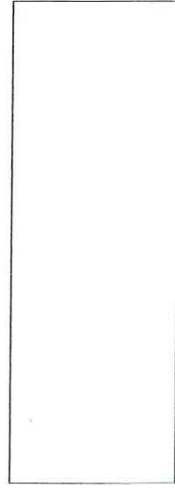
Trajet	KM		Direction Type route
Saint Pierre en Port	0Km		Ecreteville sur mer D79
Ecreteville sur Mer	3Km		Miquetot D68
Miquetot	8.5Km		Colleville D68
Colleville	11.5Km		Ganzeville D68
Ganzeville	19Km		Tourville les ifs D68
Tourville les Ifs	23Km		Epreville D68
Epreville	26.5Km		Gerville D11
Gerville	29.5Km		Les Loges D74
Les loges	33.5Km		Vattetot sur mer D74a
Vattetot sur mer	37.5Km		Yport D211
Yport	42.5Km		Criquebeuf en caux D211
Criquebeuf en caux	45.5km		Saint Leonard D211
Saint Léonard	48Km		Fécamp D940
Fécamp	51Km		Senneville sur Fécamp D73
Senneville sur Fécamp	58.5Km		Eletot D79
Eletot	62.5Km		Saint pierre en port
Saint pierre en port	67Km		Arrivée salle des Pommiers

La Préfète,
Pour la Préfète et par délégation
le Chef de Bureau
Gaspard FORMERY

Le droit de reproduction est strictement réservé à un usage personnel et privé. Lors de la pratique de votre activité, veillez à respecter les propriétés et chemins privés.



©2017 www.openrunner.com Parcours n°6970205 - vcl176-dimanche - Autre, 61.62 (km) : Saint-Pierre-en-Port -> Saint-Pierre-en-Port



Préfecture de la Seine-Maritime - SIRACEDPC

76-2017-04-27-006

Arrêté du 27 avril 2017 portant organisation pour
l'académie de Rouen et de de l'UDSP d'un examen de
formateur en prévention et secours civique et composition
du jury du 12 mai 2017



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

CABINET

SERVICE INTERMINISTÉRIEL RÉGIONAL DES AFFAIRES CIVILES ET
ÉCONOMIQUES DE DÉFENSE ET DE LA PROTECTION CIVILE

Bureau de Prévention et de défense économique et sanitaire

Affaire suivie par Éva POUSSIN

Tél. 02 32 76 51 26

Fax 02 32 76 51 19

Mél. eva.poussin@seine-maritime.gouv.fr

**Arrêté du 27 avril 2017 portant organisation pour l'académie de Rouen et l'Union
Départementale des Sapeurs Pompiers de la Seine-Maritime d'un examen de formateur en
prévention et secours civique et composition du jury du 12 mai 2017**

**La Préfète de la région Normandie, Préfète de la Seine-Maritime
Officier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code de la sécurité intérieure ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu le décret n° 91-834 du 30 août 1991 modifié relatif à la formation aux premiers secours ;
- Vu le décret n° 92-514 du 12 juin 1992 modifié, relatif à la formation des moniteurs des premiers secours ;
- Vu le décret n°92-1195 du 5 novembre 1992 modifié relatif à la formation d'instructeurs de secourisme ;
- Vu le décret n°97-48 du 20 janvier 1997 portant diverses mesures relatives au secourisme ;
- Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements;
- Vu l'arrêté du 8 juillet 1992 modifié relatif aux conditions d'habilitation ou d'agrément pour les formations aux premiers secours ;
- Vu l'arrêté du 24 mai 2000 portant organisation de la formation continue dans le domaine des premiers secours ;
- Vu l'arrêté du 8 août 2012 fixant le référentiel national de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement " pédagogie initiale et commune de formateur" ;
- Vu l'arrêté ministériel du 3 septembre 2012 modifié fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement " pédagogie appliquée à l'emploi de formateur aux premiers secours" ;

.../...

Préfecture de la Seine-Maritime - 7 place de la Madeleine - CS16036 -
76036 ROUEN CEDEX - Standard : 02 32 76 50 00 Site Internet www.seine-maritime.gouv.fr

- Vu l'arrêté ministériel du 4 septembre 2012 modifié fixant le référentiel national de compétences de sécurité civile relatif à l'unité d'enseignement " pédagogie appliquée à l'emploi de formateur en prévention et secours civique ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-25 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. Jean-Marc MAGDA, sous-préfet, directeur de cabinet ;

Sur proposition de M. le sous-préfet, le directeur de cabinet de la préfète de la Seine-Maritime,

ARRETE

Article 1er : La composition du jury de l'examen de formateur en prévention et secours civique qui se déroulera le vendredi 12 mai 2017 à 9h30 à la Préfecture de Seine-Maritime est arrêtée comme suit :

- Monsieur Pierre COURONNET, président,
- Mme Catherine LECOQ, médecin,
- M. Franck VEPIERRE, formateur de formateurs,
- Mme Marie-Christine VAUCLIN, formateur de formateurs,
- Mme Myriam BAILLEUL, formateur de formateurs.

Article 2 :

Le jury procédera aux évaluations sommatives et certificatives et se prononcera sur l'aptitude ou l'inaptitude des candidats. A la suite des délibérations, il établira un procès verbal et le service en charge du secourisme à la préfecture délivrera le certificat de compétence.

Article 3 :

Le directeur de cabinet et la directrice du SIRACEDPC sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de l'état en Seine-Maritime.

Fait à Rouen, le 27 avril 2017

La préfète
pour la préfète et par délégation,
la directrice du SIRACEDPC



Camille DE WITASSE-THEZY

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R. 421-1 à R. 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa publication.(ou sa notification).

Sous-préfecture de Dieppe

76-2017-04-28-007

Arrêté portant convocation des électeurs et fixant le délai
de dépôt des déclarations de candidature pour l'élection
partielle complémentaire de la commune de

*Arrêté portant convocation des électeurs et fixant le délai de dépôt des déclarations de
candidature pour l'élection partielle complémentaire de la commune de CALLENGEVILLE*

PREFETE DE LA SEINE-MARITIME

Sous-préfecture de Dieppe
Bureau des Relations avec les
Collectivités Locales et des Elections

Arrêté du 28 avril 2017
portant convocation des électeurs et fixant le délai de dépôt des déclarations de
candidature pour l'élection partielle complémentaire de la commune de CALLENGEVILLE

La préfète de la région Haute-Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'honneur, Officier de l'Ordre National du Mérite

Vu le code électoral et notamment les articles L.1 à L.118, L.225 à L.259, R.26, R.127-2 et suivants ;

Vu l'article L.2122-8 du code général des collectivités territoriales ;

Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;

Vu l'arrêté préfectoral n° 17-24 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. Jehan-Eric WINCKLER, sous-préfet de Dieppe ;

Considérant la démission de Mme Sylvie CORROY de ses fonctions de conseillère municipale en date du 18 août 2014 ;

Considérant la démission de Mme Valérie VUE de ses fonctions de conseillère municipale en date du 6 décembre 2015 ;

Considérant la démission de Mme Colette LEBRETON de ses fonctions de conseillère municipale en date du 13 septembre 2016 ;

Considérant la démission de Mme Anne GILLET de ses fonctions de conseillère municipale en date du 19 février 2017 ;

Considérant la démission de M. Arnaud BERNESCHI de ses fonctions de conseiller municipal en date du 7 avril 2017 ;

Sur proposition du sous-préfet de Dieppe

ARRETE

Article 1^{er}- Les électeurs de la commune de CALLENGEVILLE sont convoqués le **dimanche 18 juin 2017** et en cas de second tour, le dimanche 25 juin 2017 à l'effet de procéder à l'élection de cinq conseillers municipaux afin de compléter le conseil.

Article 2- Les déclarations de candidatures prévues à l'article L. 255-4 du code électoral seront reçues, pour le premier tour, du **lundi 22 mai 2017 au jeudi 1^{er} juin 2017**. Dans le cas où le nombre de candidats au 1^{er} tour serait inférieur au nombre de sièges à pourvoir, les candidatures

nombre de candidats au 1^{er} tour serait inférieur au nombre de sièges à pourvoir, les candidatures pour le second tour seront reçues les lundi 19 et mardi 20 juin 2017.

Les candidatures seront reçues à la sous-préfecture de Dieppe de 9 heures à 12 heures et de 14 heures à 16 heures (**jusqu'à 18 heures les jeudi 1^{er} juin et mardi 20 juin 2017**).

Article 3- La campagne électorale est ouverte du **lundi 5 juin au samedi 17 juin 2017** à minuit et en cas de second tour du lundi 19 juin au samedi 24 juin 2017 à minuit. Pendant la durée de la campagne électorale, des emplacements spéciaux sont réservés par l'autorité municipale pour l'apposition des affiches électorales. Dans chacun de ces emplacements, une surface égale sera attribuée à chaque candidat.

Tout affichage relatif à l'élection est interdit en dehors de ces emplacements ou sur l'emplacement réservé à un autre candidat.

Article 4- L'élection se déroulera sur la base de la liste électorale close le 28 février 2017. Dans le cas où, conformément aux articles L.30 et L.33 du code électoral, il y aurait lieu d'apporter des modifications à la liste électorale, un tableau rectificatif devra être établi et publié cinq jours avant la réunion des électeurs.

Article 5- Le scrutin sera ouvert à **8 heures et clos à 18 heures**.

Article 6- Nul ne sera élu au premier tour de scrutin s'il n'a réuni la majorité absolue des suffrages exprimés et un nombre de suffrages au moins égal au quart des électeurs inscrits. Si le vote ne donnait pas de résultat définitif à l'issue du premier tour, les électeurs seraient convoqués, de droit, le dimanche 25 juin 2017 même lieux, de **8 heures à 18 heures**. Au second tour, l'élection se fera à la majorité relative quel que soit le nombre de votants.

Article 7- Le dépouillement et la détermination des résultats suivront immédiatement la clôture du scrutin. Le procès-verbal des opérations sera dressé par le secrétaire du bureau de vote. Un exemplaire, également signé du secrétaire et des membres du bureau sera porté, **dès le lundi matin suivant le scrutin** à la sous-préfecture de Dieppe, avec les pièces annexes (liste d'émargement, bulletins nuls et blancs, ainsi que leurs enveloppes de scrutin...).

Article 8- M. le sous-préfet de Dieppe, M. le maire de la commune de CALLENGEVILLE sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime et apposé sur tous les emplacements d'affichage administratifs habituels de la commune de CALLENGEVILLE dès sa réception.

Fait à Dieppe, le 28 avril 2017

Le sous-préfet



Jehan-Éric WINCKLER

Voies et délais de recours- Conformément aux dispositions des articles R.421-1 à R.421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Sous-Préfecture du Havre

76-2017-04-28-009

Arrêté portant autorisation de la course cycliste intitulée
"Prix de la Cerlangue" le 8 mai 2017

course cycliste



PRÉFETE DE LA SEINE-MARITIME

Sous-préfecture du Havre
Cabinet

**Arrêté du 28 avril 2017
portant autorisation de la course cycliste intitulée «Prix de La Cerlangue»
le 8 mai 2017**

**La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite**

- Vu le code de la route ;
- Vu le code du sport ;
- Vu le code de l'environnement, notamment les articles R 414-19 et suivants ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 4 février 2011 portant interdiction d'utilisation de certaines routes aux concentrations et manifestations sportives dans le département de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 17 février 2011 fixant la liste prévue au 2° du III de l'article L414-4 du code de l'environnement des documents de planification, programmes, projets, manifestations et interventions soumis à l'évaluation des incidences Natura 2000 dans le département de Seine-Maritime concernant le territoire terrestre et amont de la laisse de basse mer ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17-23 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. François LOBIT, sous-préfet du Havre ;
- Vu l'arrêté de la commune de La Cerlangue du 2 mars 2017 réglementant la circulation et le stationnement ;
- Vu la demande présentée par Vélo Club Lillebonnais et le dossier transmis,
- Vu les avis de :
- M. le maire de La Cerlangue ;
 - M. le commandant de groupement de gendarmerie de la Seine-Maritime ;
 - M. le président du Conseil Départemental ;
 - M. le directeur du SAMU du Havre ;
 - M. le représentant de la Fédération Française de Cyclisme portant agrément pour le déroulement de l'épreuve et attestant de la conformité de son règlement au règlement-type de la fédération ;

Sur proposition du sous-préfet du Havre

ARRETE

Article 1^{er} - Monsieur Claude LE NAHEDIC, président du Vélo Club Lillebonnais, est autorisé à organiser, le 8 mai 2017 de 13h00 à 18h30, sur l'itinéraire joint en **annexe I**, une compétition intitulée "Prix de La Cerlangue", selon le règlement de l'épreuve, dans le respect du règlement fédéral.

Article 2 – L'organisateur doit assurer la sécurité des concurrents et des spectateurs sur la totalité du parcours, notamment en implantant au moins un signaleur aux intersections, croisements de routes et endroits réputés délicats.

Une escorte de trois motos de l' A.N.E.C est présente sur la manifestation afin d'assurer la sécurité des participants et des spectateurs.

Les personnes mentionnées dans la liste de l'**annexe II** sont agréées en qualité de signaleurs pour la durée de l'épreuve. Elles doivent impérativement être titulaires du permis de conduire en cours de validité.

Chaque signaleur est identifiable par les usagers de la route notamment au moyen d'un gilet de haute visibilité et doit être à même de produire, dans de brefs délais, une copie du présent arrêté. Il rend compte immédiatement de tout incident survenu, auprès des membres des services de Gendarmerie, de Police ou auprès des responsables de l'organisation.

Avant le départ, l'organisateur procède à la reconnaissance de l'itinéraire prévu et s'assure de la bonne mise en place des signaleurs. Ceux-ci doivent être présents au moins un quart d'heure avant le début de la course.

Aucun signaleur ne doit quitter son emplacement sans l'autorisation du directeur de course qui pourvoit à la mise en place d'un suppléant, ni avant le passage du véhicule annonçant la fin de la course.

Article 3 - L'organisateur doit mettre en place, à sa charge, une signalisation adaptée sur le parcours pour assurer la protection des participants et des tiers. Une voiture-ouvreuse, une voiture-balai identifiables sont mises en places respectivement en tête et fin de course.

Article 4 - L'organisateur est tenu de mettre en œuvre les moyens de secours nécessaires en fonction de la nature de l'épreuve conformément aux dispositions du règlement type de la fédération concernée. Le dispositif de secours présenté par l'organisateur, comprenant quatre secouristes munis d'un défibrillateur semi-automatique et formés à son utilisation, ainsi qu'un VPSP, est conforme aux règles techniques et de sécurité de la fédération.

Un système de communication permettant au responsable de la manifestation d'être informé de tout incident ou accident dans les meilleurs délais doit être prévu par l'organisateur. L'organisateur dispose de moyens de communication directs avec le SAMU centre 15, par téléphone ou à défaut par radio, veille à permettre la libre circulation des véhicules de secours en tout point de la manifestation, et à transmettre au moins 15 jours à l'avance le plan de circulation éventuellement mis en place.

Article 5 - L'organisateur est tenu de rappeler aux concurrents, au moment du départ, les règles du code de la route et de leur signaler les difficultés et dangers éventuels susceptibles d'être rencontrés sur le parcours, ainsi que les conditions de circulations particulières imposées, le cas échéant.

Article 6 - L'apposition d'affichettes publicitaires et de papillons ou avis de tous ordres sur les panneaux de signalisation, accotements, arbres situés en bordure de route et d'une manière générale, sur les lieux dépendant du domaine public, le marquage sur la chaussée de flèches ou inscriptions de quelque nature que ce soit, le jet de tracts sur la voie publique sont interdits.

Le marquage sur chaussée (inscriptions et flèches) est autorisé sous réserve que ces marques aient disparu soit naturellement, soit par les soins de l'organisateur, au plus tard 24 heures après le passage de l'épreuve. (Instruction Interministérielle sur la signalisation routière – septième partie – article 118-8). L'emploi de peinture est interdit, un mélange eau et farine peut être utilisé si besoin.

Toute infraction au domaine public fera l'objet d'une procédure, conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7 - Les droits des tiers sont expressément réservés. Les organisateurs sont responsables de tous les accidents et dommages pouvant résulter de la manifestation.

Article 8 - L'organisateur et les participants doivent respecter scrupuleusement les arrêtés préfectoraux, départementaux et municipaux, et répondre sans délai aux injonctions des forces de l'ordre. Toutes les mesures prescrites par ces derniers avant l'épreuve ou au cours de celle-ci devront être exécutées sur le champ.

L'autorisation de l'épreuve peut être rapportée à tout moment par l'organisateur, si les clauses du présent arrêté, le règlement de la manifestation ou les conditions de sécurité ne se trouvent plus respectés. Le même droit appartient aux forces de l'ordre.

Un compte-rendu des éventuels incidents survenus est adressé à la sous-préfecture dans la semaine suivant l'épreuve.

Article 9 - Le sous-préfet du Havre, le maire de La Cerlangue, et le commandant de groupement de gendarmerie de la Seine-Maritime sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

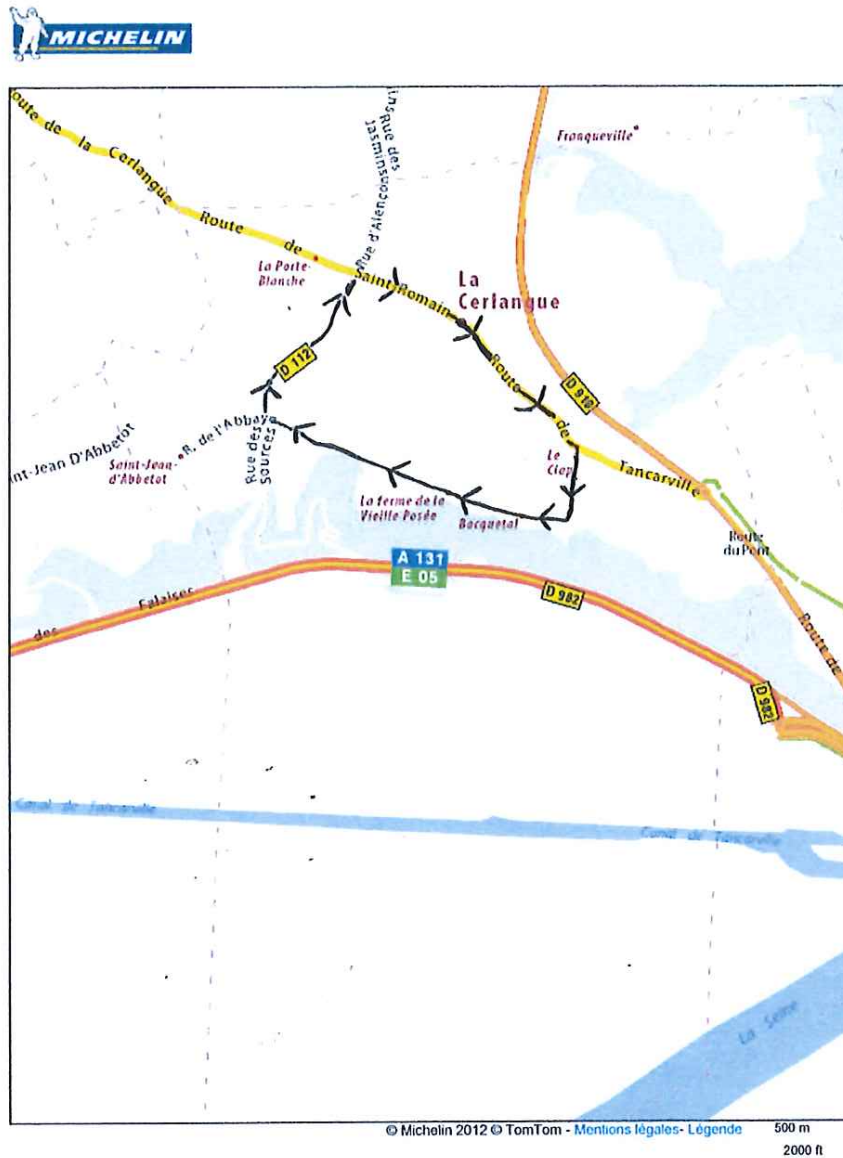
Fait au Havre, le 28 avril 2017

Pour la préfète et par délégation,
Le sous-préfet du Havre



François LOBIT

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R 421-1 à R 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.



<http://www.viamichelin.fr/web/mapPrint?city=134735&sK=&area=undefined&view=...> 14/01/2015

ANNEXE 3 LISTE DES SIGNALEURS DESIGNES POUR L'EPREUVE CYCLISTE OU PEDESTRE DENOMMÉE

Nom	Prénom	Date et lieu de Naissance	Adresse	N° de Permis	Date de délivrance	Lieu de délivrance	Implantation sur le parcours.	Signature
LE MAREDIC	CLAUDE	20-3-1952 LILLEBOIS	14 CITE LA METRAIE 76640 RICARVILLE	629 652	10-11-70	ROUEN		
LE MARCAND	CLAUDE	12-12-1934	14 02 RUE DE BUREAU 76170 LILLEBOIS	7				
PATRIKIEFF	BRUNO	12-2-1966	7 RUE DU VAL ST MARCEL 76430 THURGAUVILLE	840676 301779	24-8-1998	ROUEN		
LAUNAY	BRUNO	28-9-1989 Le Havre	7 RUE FONTAINE MARTEL 76240 BOLBEC	8910230006	03/14/85	EVREUX		
LE RAGNOT	Jean Luc	12-2-1954	365 RUE GUYBERTOUIL 76170 LILLEBOIS	739 797	12-1-76	ROUEN		
POLENFANT	ERIC	6-1-1978	5 RUE DE LA GNE GEOTTE 76210 BOLBEC	99077 63 00 178				
CADINOT	Christophe	27-12-58 LILLEBOIS	7 RUE DE LA VIVANTINE 76170 LILLEBOIS	770 276 300 549	31-05-77	ROUEN		
LAUNAY	Isabelle	20-09-66 Le Havre	7 RUE FONTAINE MARTEL 76210 BOLBEC	840676302600	30-01-85	ROUEN		
Detoumay	Fabrice	03-07-93 Harfleur	1537 rue des papiers 76170 Bellemeuse	911276302246	06/03/92	Le Havre		
CADINOT	MICHEL	15-9-1971	12 RUE GUYBERTOUIL 76170 LILLEBOIS	404 687	21-5-60	OISE		
LE MAREDIC	J. MICHEL	6-7-1928	6 RUE GEORGES SARRAS 76170 LA FORTAYE	676304 699	7-8-1989	LE HAVRE		
NOUVEL	ALBIN	27-6-1944	51 RUE DE LA TRAILLE 76170 LILLEBOIS	595346	26-2-68	ROUEN		

LISTE DES GARDIENS DE CARREFOURS pour 2017

Nom	Prénom	Date et lieu de Naissance	Adresse	N° de Permis	Date de délivrance	Lieu de délivrance	Implantation sur le parcours.	Signature

Je soussigné, CLAUDE LE MAREDIC, Président des V.C. Lillebois certifie que les signaleurs ci-dessus sont titulaires du permis de conduire catégorie B et ne sont pas sous le coup d'une suspension.

En outre, je m'engage à avertir les Services Préfectoraux de toute modification susceptible d'intervenir sur leurs droits de conduire et ce jusqu'au jour de répreuve.

VELO CLUB LILLEBONNAIS

VELO CLUB LILLEBONNAIS

VELO CLUB LILLEBONNAIS

Sous-Préfecture du Havre

76-2017-05-02-004

Arrêté portant autorisation de la course pédestre intitulée
"Les 10 bornes du Havre" le 14 mai 2017

course pédestre



PRÉFÈTE DE LA SEINE-MARITIME

Sous-préfecture du Havre
Cabinet

Arrêté du 2 mai 2017
portant autorisation de la course pédestre intitulée «Les 10 bornes du Havre»
le 14 mai 2017

La préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime,
Officier de la Légion d'Honneur,
Officier de l'Ordre National du Mérite

- Vu le code de la route ;
- Vu le code du sport ;
- Vu le code de l'environnement, notamment les articles R 414-19 et suivants ;
- Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'Etat dans les régions et les départements ;
- Vu le décret du Président de la République du 16 février 2017 portant nomination de Mme Fabienne BUCCIO en qualité de préfète de la région Normandie, préfète de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 4 février 2011 portant interdiction d'utilisation de certaines routes aux concentrations et manifestations sportives dans le département de la Seine-Maritime ;
- Vu l'arrêté préfectoral du 17 février 2011 fixant la liste prévue au 2° du III de l'article L414-4 du code de l'environnement des documents de planification, programmes, projets, manifestations et interventions soumis à l'évaluation des incidences Natura 2000 dans le département de Seine-Maritime concernant le territoire terrestre et amont de la laisse de basse mer ;
- Vu l'arrêté préfectoral n°17 – 23 du 6 mars 2017 portant délégation de signature à M. François LOBIT, sous-préfet du Havre ;
- Vu l'arrêté n°2017/1456 du 7 avril 2017 du maire du Havre réglementant temporairement la circulation et le stationnement ;
- Vu la demande présentée par Le Havre S'Port Athlétisme et le dossier transmis,
- Vu les avis de :
 - M. le maire du Havre ;
 - M. le chef de la circonscription de sécurité publique du Havre ;
 - M. le directeur du Grand Port Maritime du Havre ;
 - M. le président du Conseil Départemental ;
 - M. le directeur du SAMU du Havre ;
 - M. le représentant de la Fédération Française d'Athlétisme portant agrément pour le déroulement de l'épreuve et attestant de la conformité de son règlement au règlement-type de la fédération ;

Sur proposition du sous-préfet du Havre

ARRETE

Article 1^{er} - Monsieur Denis Grisolet, président de l'association Le Havre S'Port Athlétisme est autorisé à organiser, le 14 mai 2017 de 10h00 à 11h30, sur l'itinéraire joint en **annexe I**, une compétition intitulée Les 10 bornes du Havre, regroupant environ 1 200 participants, selon le règlement de l'épreuve, dans le respect du règlement fédéral.

Article 2 - L'organisateur doit assurer la sécurité des concurrents et des spectateurs sur la totalité du parcours, notamment en implantant au moins un signaleur équipé d'un panneau mobile de type K 10, au niveau de toutes les intersections des voies aboutissant sur l'itinéraire, et à certaines déviations de circulation.

La police municipale est présente sur la manifestation afin d'assurer la sécurité des participants et des spectateurs.

Les personnes mentionnées dans la liste de l'**annexe II** sont agréées en qualité de signaleurs pour la durée de l'épreuve. Elles doivent impérativement être titulaires du permis de conduire en cours de validité.

Chaque signaleur est identifiable par les usagers de la route notamment au moyen d'un gilet de haute visibilité et d'un brassard marqués « COURSE ». Il doit être à même de produire, dans de brefs délais, une copie du présent arrêté et il rend compte immédiatement de tout incident survenu, auprès des membres des services de Gendarmerie, de Police ou auprès des responsables de l'organisation.

Avant le départ, l'organisateur procède à la reconnaissance de l'itinéraire prévu et s'assure de la bonne mise en place des signaleurs. Ceux-ci doivent être présents au moins un quart d'heure avant le début de la course.

Aucun signaleur ne doit quitter son emplacement sans l'autorisation du directeur de course qui pourvoit à la mise en place d'un suppléant, ni avant le passage du véhicule annonçant la fin de la course.

Article 3 - L'organisateur doit mettre en place, à sa charge, une signalisation adaptée sur le parcours pour assurer la protection des participants et des tiers. Il veille à ce que les concurrents soient isolés du tramway notamment avenue Foch et au niveau de la Porte Océane.

Un dispositif de protection du périmètre de départ et d'arrivée sur l'esplanade de la plage doit être implanté, à l'aide de barrières et d'un véhicule stationné en travers de la chaussée, afin d'en interdire l'accès à tous véhicules.

Un contrôle des accès à ce périmètre de sécurité, est effectué et des panneaux indiquant les mesures VIGIPRATE, doivent être implantés.

Article 4 - L'organisateur est tenu de mettre en œuvre les moyens de secours nécessaires en fonction de la nature de l'épreuve conformément aux dispositions du règlement type de la fédération concernée. Le dispositif de secours présenté par l'organisateur, comprenant une équipe de 6 secouristes munis d'un défibrillateur semi-automatique et formés à son utilisation, d'une ambulance et un médecin, est conforme aux règles techniques et de sécurité de la fédération.

Un système de communication permettant au responsable de la manifestation d'être informé de tout incident ou accident dans les meilleurs délais doit être prévu par l'organisateur. L'organisateur dispose de moyens de communication directs avec le SAMU centre 15, par téléphone ou à défaut par radio, veille à permettre la libre circulation des véhicules de secours en tout point de la manifestation, et à transmettre au moins 15 jours à l'avance le plan de circulation éventuellement mis en place.

Article 5 - L'organisateur est tenu de rappeler aux concurrents, au moment du départ, les règles du code de la route et de leur signaler les difficultés et dangers éventuels susceptibles d'être rencontrés sur le parcours, ainsi que les conditions de circulations particulières imposées, le cas échéant.

La circulation des véhicules de secours, d'urgence ou d'astreinte ne doit pas être entravée par la manifestation.

Article 6 - L'apposition d'affichettes publicitaires et de papillons ou avis de tous ordres sur les panneaux de signalisation, accotements, arbres situés en bordure de route et d'une manière générale, sur les lieux dépendant du domaine public, le marquage sur la chaussée de flèches ou inscriptions de quelque nature que ce soit, le jet de tracts sur la voie publique sont interdits.

Le marquage sur chaussée (inscriptions et flèches) est autorisé sous réserve que ces marques aient disparu soit naturellement, soit par les soins de l'organisateur, au plus tard 24 heures après le passage de l'épreuve. (Instruction Interministérielle sur la signalisation routière – septième partie – article 118-8). L'emploi de peinture est interdit, un mélange eau et farine peut être utilisé si besoin.

Toute infraction au domaine public fera l'objet d'une procédure, conformément à la réglementation en vigueur.

Article 7 - Les droits des tiers sont expressément réservés.

Les organisateurs sont responsables de tous les accidents et dommages pouvant résulter de la manifestation.

Article 8 - L'organisateur et les participants doivent respecter scrupuleusement les arrêtés préfectoraux, départementaux et municipaux, et répondre sans délai aux injonctions des forces de l'ordre. Toutes les mesures prescrites par ces derniers avant l'épreuve ou au cours de celle-ci devront être exécutées sur le champ.

L'autorisation de l'épreuve peut être rapportée à tout moment par l'organisateur, si les clauses du présent arrêté, le règlement de la manifestation ou les conditions de sécurité ne se trouvent plus respectés. Le même droit appartient aux forces de l'ordre.

Un compte-rendu des éventuels incidents survenus est adressé à la sous-préfecture dans la semaine suivant l'épreuve.

Article 9 - Le sous-préfet du Havre, le maire du Havre, et le chef de la circonscription de sécurité publique du Havre sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la Seine-Maritime.

Fait au Havre, le 2 mai 2017

Pour la préfète et par délégation,
le sous-préfet du Havre






François LOBIT

Voies et délais de recours - Conformément aux dispositions des articles R 421-1 à R 421-5 du code de justice administrative, le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif de Rouen dans le délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.



LHSA

Les parcours :

-  Ravitaillement
-  1er tour - 6 Km
-  2ème tour - 4 Km


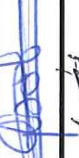
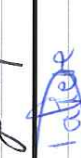
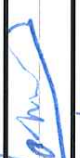
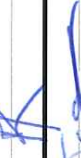

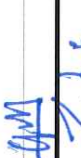









2016_039
Tous droits réservés GPMH, FG, 2015.



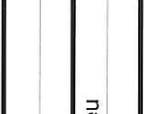

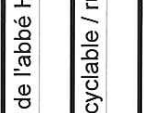

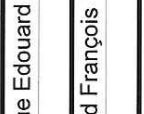
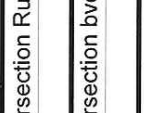



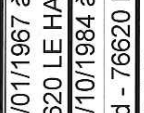
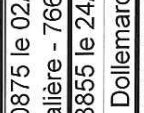
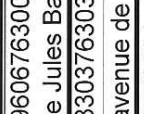




© OpenStreetMap (and) contributors, CC-BY-SA

ETAT SIGNALEURS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOM	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
PREMIER TOUR :			
Philippe VANIER	N° 284185 le 8/9/1969 à Caen 52 Rue du Vornier - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Augustin Normand	
Catherine GRISOLET	N° 30976301785 le 29/11/1983 à Rouen 84 rue de l'Epargne - 76600 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ Parking CNH	
Philippe BERNARD	N° 800866 le 27/2/2001 à Le Havre 92 rue du Docteur Postel - 76610 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue des Sauveteurs	
Patricia DALLIERE	N° 800770200218 le 12/09/1980 à Vesoul 113 rue Félix Faure - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue des Moulins	
Vincent MARESQ	N° 830976305303 le 21/05/1984 à Le Havre 1, impasse des Marronniers - 76930 OCTEVILLE sur MER	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Frédéric Lemaître	
Karine MARESQ	N° 841176302822 le 17/08/2000 à Le Havre 1, impasse des Marronniers - 76930 OCTEVILLE sur MER	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue de la Mailleraye	
Thibaud GRISOLET	N° 070776302079 le 11/09/2009 au Havre 84, rue de l'épargne - 76600 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Auguste Constant-Guerrier	
Patrice HUE	N° 761176300884 le 27/06/19779 à Rouen 41, rue du Clos du Puits - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Michel Yvon	
Guillaume MASSELIN	N° 960176300295 le 06/08/1996 à Le Havre 553, route de Pont-Audemer - 27500 BOUQUELON	Intersection rue Michel Yvon / rue du Perrey Ouest	
Fabrice ZANTE	N° 810976305504 le 22/02/1982 à Rouen 46 rue Garibaldi - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue du Perrey Est	
Pascal HAUCHARD	N° 821276302333 le 21/3/1983 à Rouen 3 rue du Petit Croissant - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue Augustin Normand Nord	
Pierre LEMAIRE	N° 783579 le 22/2/1974 à Rouen 48bis rue Demidoff - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue Augustin Normand Sud	
Hubert CARPENTIER	N° 519027 le 16/6/1965 à Rouen 53 rue Henri Wallon - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Parking résidence François 1er	
Mickael CRICHAN	N° 910176301929 le 30/9/1999 à Le Havre 43 rue Frédéric Lemaître - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Boulevard François 1er Nord	
Raphael DUBOC	N° 9211763002412 le 30/10/1992 à Le Havre 233 avenue du 8 mai 1945 - 76610 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Boulevard François 1er Sud	
Jean-Claude BASILE	N° 621352 le 20/09/2000 à Le Havre 10 rue Edgar Poulet - 76600 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue Arthur Honneger	






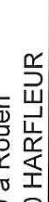
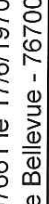



01/02/2017

ETAT SIGNALAEURS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOM	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
Stéphane GUICHOUX	N° 960676300875 le 02/01/1967 à Le Havre 2 rue Jules Balière - 76620 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue de l'abbé Herval	
Thierry SOUDE	N° 830376303855 le 24/10/1984 à Le Havre 21 avenue de Dollemard - 76620 LE HAVRE	Intersection bvd François 1er - piste cyclable / rue Richelieu	
Denis PESTEL	N° 677293 le 12/12/1970 à Rouen 10 rue Vacquerie - 76310 SAINTE-ADRESSE	Intersection Rue Edouard Lang / rue Jules Mazurier Nord	
Daniel RENARD	N° 790922410803 le 9/6/1995 à Le Havre 5 Rue Henri Lioust - 76620 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue Jules Mazurier Sud	
Daniel DEPLAIX	N° 810876303420 le 20/06/2007 à Le Havre 23 allée Henri Vaussard - 76620 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue d'Estimauville Nord	
Grégory RAOULT	N° 91076306864 le 06/09/1996 à Grasse 29 rue d'Epremesnil - 76290 FONTAINE LA MALLET	Intersection Rue Edouard Lang / rue d'Estimauville Sud	
Sébastien MORO	N° 870976306333 le 22/12/1987 à Rouen 41 rue de la République - 76170 LILLEBONNE	Intersection Rue Edouard Lang / rue de Paris Sud	
Fabrice VARNIERE	N° 890976305057 le 13/09/1990 à Le Havre 28 rue Bernard Ouf - 76620 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue de Paris Nord	
Brigitte WALORYSECK	N° 860476303002 le 16/07/1986 à Rouen 2 rue Marcel Nouet - 76620 LE HAVRE	Intersection rue des Drapiers / Parking arrière Cathédrale	
Olivier GERBRON	N° 050876300128 le 24/08/2007 au Havre 2, rue du Merisier 76290 MANNEVILLETTE	Intersection rue des Drapiers / rue des Gallions Nord	
Philippe MORAND	N° 800476300976 le 29/05/1981 à Rouen 14 vieille route - La Botte - 76430 ST-AUBIN ROUTOT	Intersection rue des Drapiers / rue des Gallions Sud	
Patrick GROUT	N° 745424 le 19/4/1979 à Le Havre 30 rue Louis Ganne - 76620 LE HAVRE	Intersection rue des Drapiers / quai Videcoq	
Eric LALLEMANT	N° 830776302973 le 17/4/1984 à Rouen Stade - avenue du Mont Gaillard - 76620 LE HAVRE	Intersection quai Notre Dame / Pont Notre Dame	
Manuel TIRARD	N° 090576301020 le 10/05/2010 au Havre 1, rue Albert Lebourg - 76290 MONTMILLIERS	Intersection pont Notre Dame / quai Michel Féré	
Michel VERDIERE	N° 664796 le 4/08/1970 à Rouen 27 rue Marconi - 76600 LE HAVRE	Intersection quai Miche Féré / rue Dauphine	
Catherine MASSEMIN	N° 960276300161 le 15/07/1997 à Le Havre 12 rue de la Verrerie - 76700 GONFREVILLE L'ORCHER	Intersection quai Miche Féré / rue de Bretagne	
Sylvain LE DUEY	N° 841276300274 le 9/10/1985 à Rouen 73 rue Henri Barbusse - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Bretagne / rue Saint Louis	









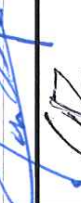







01/02/2017

ETAT SIGNALEMENTS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOM	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
Jean-Claude BUSSON	N° 667661 le 17/6/1970 à Rouen 31 rue Bellevue - 76700 HARFLEUR	Intersection rue Bretagne / rue de la Crique	
Christophe HAUCHARD	N° 880276300856 le 29/3/2004 à Le Havre 258 rue du Dom Fillastre - 76790 LE TILLEUL	Intersection rue Bretagne / rue Chevalier	
Ceslaw FEGAR	N° 520720 le 5/07/1965 à Rouen 56 rue Elsa Triolet - 76700 GAINNEVILLE	Intersection rue Bretagne / Place du père Arson	
Gérard LAROQUE	N° 897018 en 1957 à Le Havre 69 rue Elsa Triolet - 76700 GAINNEVILLE	Intersection rue Bretagne / rue Jerome Bellarmato	
Mathieu MASSELIN	N° 40376301613 le 07/07/2005 à Le Havre 14, rue Lamennais - 76620 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue Chevalier	
Yoann POSSEME	N° 971276301741 le 01/12/1999 à Le Havre 12 rue des Acacias - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue Saint Louis	
Patrick LE MINIER	N° 797632 le 22/11/1974 à Rouen 20 chemin de Nerval - 76290 MONTVILLIERS	Intersection quai Lamblardie / quai Michel Féré	
Omar SEDJAI	N° 870776304249 le 28/03/1988 à Paris 37 rue de Balzac - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / quai de l'Arsenal	
Laurent BENNEY	N° 830776300963 le 4/11/2003 à Le Havre 16 rue des Eglantiers - 76290 Le FONTENAY	Intersection quai Lamblardie / rue Jean Macé	
Eddine KADDOUR	N° 801176302620 le 6/02/1981 à Le Havre 28 rue Tristan Bernard - 76620 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / sortie parking Place Général de Gaulle Sud	
Albert COUDRIN	N° 751218373 le 1/07/1998 à Le Havre 97 avenue du 8 mai 1945 - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue de Paris	
Denis GRISOLET	N° 810976303338 le 03/02/1982 à Rouen 84, rue de l'Epargne - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Paris / quai George V	
Didier BERNARD	N° 791176301551 le 24/3/1980 à Rouen 26, rue Ledru Rollin	Intersection rue Paris / rue Victor Hugo	
Anthony FRASSY	N° 994776301568 le 29/09/2000 à Le Havre 30 rue Francois Couperin - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Paris / Place de l'hôtel de Ville Sud	
Alexandre BOULHABAS	N° 871176302635 le 01/04/1988 à Le Havre 47 rue Jules Recher - 76290 MONTVILLIERS	Intersection Place de l'hôtel de Ville Sud / Rue Paul Doumer	
Patrice LEFEBVRE	N° 761176300579 le 4/02/2000 à Le Havre 48bis rue Demidoff - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Paul Doumer / Rue Bernardin de Saint Pierre	
Stéphane LEDUEY	N° 880276300561 le 25/5/1988 à Rouen 116 route des 4 Fermes - 76110 SAINT-SAUVEUR	intersection rue Bernardin de Saint Pierre / Avenue Foch - piste cyclable	

















01/02/2017

ETAT SIGNALEMENTS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOMI	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
Yves COLLETTE	N° 781176304823 le 16/5/1979 à Rouen 5 rue Romain Despres - 76620 LE HAVRE	intersection rue Caligny / Avenue Foch - piste cyclable	
Fabrice TOUTAIN	N° 830976300 le 13/12/1983 à Le Havre 22 route de Dondeneville - 76930 OCTEVILLE SUR MER	intersection rue Léon Buquet / Avenue Foch - piste cyclable	
Charly LEMAITRE	N° 950676300002 le 5/10/1995 à Le Havre 11 rue Mansard - 76620 LE HAVRE	Intersection avenue Foch / Boulevard François 1er Nord	
Thierry DUPIN	N° 801176302494 le 06/03/1981 à Rouen 54 bis Boulevard Albert 1er - 76600 LE HAVRE	Intersection avenue Foch / Boulevard François 1er Sud	
Pascal HAUCHARD	N° 821276302333 le 21/3/1983 à Rouen 3 rue du Petit Croissant - 76600 LE HAVRE	Intersection avenue Foch / Boulevard Clémenceau	
Cyril COIZY	N° 981176301450 le 23/11/1999 au Havre 4 rue du 8mai 1945 - 76700 HARFLEUR	Premier pont promenade de la plage sud	
Najib ABDERRAHMAN	n° 709547459 le 21/03/1974 au Havre 8, rue du Merlin - 76280 CRIQUETOT L'ESNEVAL	Deuxième pont promenade de la plage sud	
Sylvie LE MOAL	N° 891076304557 le 06/09/1990 à Rouen 5, impasse des Magnolias - 76110 SAINT-SAUVEUR	Troisième pont promenade de la plage sud	
Eric LE MOAL	n° 821076302467 le 04/02/1983 au Havre 5, impasse des Magnolias - 76110 SAINT-SAUVEUR	Quatrième pont promenade de la plage sud	
Didier CLAUDEPIERRE	n° 820876303725 le 26/11/1982 au Havre 39, rue Jean Boulard 76310 Sainte Adresse	Conquatrième pont promenade de la plage sud	
Gérard BRIERE	N° 660477 le 20/02/1970 à Rouen 34 rue Robert Desnos - 76290 MONTVILLIERS	Premier pont promenade de la plage nord	
Georges SAINTHUILE	N° 851076305199 le 17/02/1986 à Rouen 15, rue Edouard Manet 76620 LE HAVRE	Premier pont promenade de la plage nord	
Bruno FAUVEL	N° 920776302241 le 08/03/1993 à Rouen 18 rue du vagabond bien aimé - 76310 SE ADRESSE	Premier pont promenade de la plage nord	
Alain FOUQUE	N° 680917 le 16/09/1970 au Havre 32, résidence du Manoir - 76290 ST MARTIN DU MANOIR	Deuxième pont promenade de la plage nord	
Romain BASSOCH	N° 081076300059 le 18/06/2012 au Havre 78 avenue Paul Verlaine - 76620 LE HAVRE	Troisième pont promenade de la plage nord	
Etienne TARON	N° 870476304717 le 22/06/1987 au Havre 3 bis rue Charlemagne - 76600 LE HAVRE	Quatrième pont promenade de la plage nord	


















01/02/2017

DEUXIEME TOUR

Philippe VANIER	N° 284185 le 8/9/1969 à Caen 52 Rue du Vornier - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Augustin Normand	
Catherine GRISOLET	N° 30976301785 le 29/11/1983 à Rouen 84 rue de l'Epargne - 76600 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ Parking CNH	
Philippe BERNARD	N° 800866 le 27/2/2001 à Le Havre 92 rue du Docteur Postel - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue xx	
Patricia DALLIERE	N° 800770200218 le 12/09/1980 à Vesoul 113 rue Félix Faure - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue des Moulins	
Vincent MARESQ	N° 830976305303 le 21/05/1984 à Le Havre 1, impasse des Marronniers - 76930 OCTEVILLE sur MER	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Frédérick Lemaître	
Karine MARESQ	N° 841176302822 le 17/08/2000 à Le Havre 1, impasse des Marronniers - 76930 OCTEVILLE sur MER	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue de la Mailleraye	
Thibaud GRISOLET	N° 070776302079 le 11/09/2009 au Havre 84, rue de l'épargne - 76600 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Auguste Constant-Guerrier	
Patrice HUE	N° 761176300884 le 27/06/19779 à Rouen 41, rue du Clos du Puits - 76620 LE HAVRE	Intersection Boulevard Clémenceau/ rue Michel Yvon	
Guillaume MASSELIN	N° 960176300295 à Le Havre 553, route de Pont-Audemer 27500 BOUQUELON	Intersection rue Michel Yvon / rue du Perrey Ouest	
Fabrice ZANTE	N° 810976305504 le 22/02/1982 à Rouen 46, rue Garibaldi - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue du Perrey Est	
Pascal HAUCHARD	N° 821276302333 le 21/3/1983 à Rouen 3 rue du Petit Croissant - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue Augustin Normand Nord	
Pierre LEMAIRE	N° 783579 le 22/2/1974 à Rouen 48bis rue Demidoff - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / rue Augustin Normand Sud	
Hubert CARPENTIER	N° 519027 le 16/6/1965 à Rouen 53 rue Henri Wallon - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Parking résidence François 1er	
Mickael CRICHAN	N° 910176301929 le 30/9/1999 à Le Havre 43 rue Frédéric Lemaître - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Boulevard François 1er Nord	
Raphael DUBOC	N° 9211763002412 le 30/10/1992 à Le Havre 233 avenue du 8 mai 1945 - 76610 LE HAVRE	Intersection rue Michel Yvon / Boulevard François 1er Sud	
Jean-Claude BASILE	N° 621352 le 20/09/2000 à Le Havre 10 rue Edgar Poulet - 76600 LE HAVRE	Intersection Rue Edouard Lang / rue Arthur Honneger	






13/02/2017

ETAT SIGNALAEURS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOM	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
Jean-Claude BUSSON	N° 667661 le 17/6/1970 à Rouen 31 rue Bellevue - 76700 HARFLEUR	Intersection rue Bretagne / rue de la Crique	
Christophe HAUCHARD	N° 880276300856 le 29/3/2004 à Le Havre 258 rue du Dom Fillastre - 76790 LE TILLEUL	Intersection rue Bretagne / rue Chevalier	
Ceslaw FEGAR	N° 520720 le 5/07/1965 à Rouen 56 rue Elsa Triplet - 76700 GAINNEVILLE	Intersection rue Bretagne / Place du père Arson	
Gérard LAROQUE	N° 897018 en 1957 à Le Havre 69 rue Elsa Triplet - 76700 GAINNEVILLE	Intersection rue Bretagne / rue Jerome Bellarmato	
Daniel DEPLAIX	N° 810876303420 le 20/06/2007 à Le Havre 23 allée Henri Vaussard - 76620 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue Chevalier	
Yoann POSSEME	N° 971276301741 le 01/12/1999 à Le Havre 12 rue des Acacias - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue Saint Louis	
Patrick LE MINIER	N° 797632 le 22/11/1974 à Rouen 20 chemin de Nerval - 76290 MONTVILLIERS	Intersection quai Lamblardie / quai Michel Féré	
Omar SEDJAI	N° 870776304249 le 28/03/1988 à Paris 37 rue de Balzac - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / quai de l'Arsenal	
Laurent BENNEY	N° 830776300963 le 4/11/2003 à Le Havre Ferme Rébultot Rue Aldric Crevel - 76620 MONTVILLIERS	Intersection quai Lamblardie / rue Jean Macé	
Eddine KADDOUR	N° 801176302620 le 6/02/1981 à Le Havre 28 rue Tristan Bernard - 76620 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / sortie parking Place Général de Gaulle Sud	
Albert COUDRIN	N° 751218373 le 1/07/1998 à Le Havre 97 avenue du 8 mai 1945 - 76610 LE HAVRE	Intersection quai Lamblardie / rue de Paris	
Denis GRISOLET	N° 810976303338 le 03/02/1982 à Rouen 84, rue de l'Épargne - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Paris / quai George V	
Didier BERNARD	N° 791176301551 le 24/3/1980 à Rouen 26, rue Ledru Rollin	Intersection rue Paris / rue Victor Hugo	
Anthony FRASSY	N° 994776301568 le 29/09/2000 à Le Havre 30 rue François Couperin - 76620 LE HAVRE	Intersection rue Paris / Place de l'hôtel de Ville Sud	
Alexandre BOULHABAS	N° 871176302635 le 01/04/1988 à Le Havre 47 rue Jules Recher - 76290 MONTVILLIERS	Intersection Place de l'hôtel de Ville Sud / Rue Paul Doumer	
Patrice LEFEBVRE	N° 761176300579 le 4/02/2000 à Le Havre 48bis rue Demidoff - 76600 LE HAVRE	Intersection rue Paul Doumer / Rue Bernardin de Saint Pierre	
Stéphane LEDUEY	N° 880276300561 le 25/5/1988 à Rouen 116 route des 4 Fermes - 76110 SAINT-SAUVEUR	Intersection rue Bernardin de Saint Pierre / Avenue Foch - piste cyclable	

01/02/2017

ETAT SIGNALEURS 10 BORNES DU HAVRE 2017

NOM/PRENOM	PERMIS	EMPLACEMENT SUR LE PARCOURS	SIGNATURE
Yves COLLETTE	N° 781176304823 le 16/5/1979 à Rouen 5 rue Romain Despres - 76620 LE HAVRE	intersection rue Caligny / Avenue Foch - piste cyclable	
Fabrice TOUTAIN	N° 830976300 le 13/12/1983 à Le Havre 22 route de Dondeneville - 76930 OCTEVILLE SUR MER	intersection rue Léon Buquet / Avenue Foch - piste cyclable	
Charly LEMAITRE	N° 950676300002 le 5/10/1995 à Le Havre 11 rue Mansard - 76620 LE HAVRE	Intersection avenue Foch / Boulevard François 1er Nord	
Thierry DUPIN	N° 801176302494 le 06/03/1981 à Rouen 54 bis Boulevard Albert 1er - 76600 LE HAVRE	Intersection avenue Foch / Boulevard François 1er Sud	
Fabrice VALIN	N° 910776300750 le 03/03/1992 à Rouen Chemin du four à Pain - 76290 SAINT MARTIN DU MANOIR	Intersection avenue Foch / Boulevard Clémenceau	

Je soussigné, Denis Grisolet, Président du LHSA, certifie que les signaleurs ci-dessus sont titulaires du permis B et ne sont pas sous le coup d'une suspension. En outre, je m'engage à avertir les services préfectoraux de toute modification susceptible d'intervenir sur leur droits de conduire et jusqu'au jour de l'épreuve.

