



PREFET DU NORD

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

N ° 154 - NOVEMBRE 2011

SOMMAIRE

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté N °2011272-0015 - Arrêté n ° 59-2010-008 portant agrément de la Société ASSAINI- SERVICES pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	1
Arrêté N °2011272-0016 - Arrêté n ° 59-2010-015 portant agrément de la Société ISS HYGIÈNE  PRÉVENTION pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	6
Arrêté N °2011272-0017 - Arrêté n ° 59-2010-017 portant agrément de la Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	10
Arrêté N °2011272-0018 - Arrêté n ° 59-2010-019 portant agrément de la Société Assainissement BAESEN sc pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	15
Arrêté N °2011272-0019 - Arrêté n ° 59-2010-020 portant agrément des Etablissements CASTEL pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	20
Arrêté N °2011272-0020 - Arrêté n ° 59-2010-022 portant agrément de la Société Albin DEVROUETE pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	25
Arrêté N °2011272-0021 - Arrêté n ° 59-2010-028 portant agrément de la Société DMA ENVIRONNEMENT pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	30
Arrêté N °2011272-0022 - Arrêté n ° 59-2010-030 portant agrément de la Société ORTEC INDUSTRIE pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	35
Arrêté N °2011272-0023 - Arrêté n ° 59-2010-032 portant agrément de l'Entreprise Vidanges BOIDIN pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	40
Arrêté N °2011272-0024 - Arrêté n ° 59-2010-036 portant agrément des Etablissements DEMAN SN pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	45
Arrêté N °2011272-0025 - Arrêté n ° 59-2011-047 portant agrément des Etablissements LECOCQ pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	50
Arrêté N °2011272-0026 - Arrêté n ° 59-2011-048 portant agrément des Etablissements P. CASTELAIN pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif	55

59_Etablissements hospitaliers

Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE

Autre - Charte d'utilisaion des outils informatiques et de télécommunication	60
--	----

Autre - Règlement intérieur de la commission des relations avec les usagers	68
Autre - Règlement intérieur de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico- techniques	75
Autre - Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement	83
Autre - Règlement intérieur du CHRU	95
Autre - Règlement intérieur du conseil de surveillance	183
Autre - Règlement intérieur du directoire	193
Autre - Règlement intérieur type des pôles hospitalo- universitaires	199
Décision - Décision enregistrée sous le n ° 11-10-0907 Règlement intérieur du CHRU de Lille	209
Arrêté N °2011300-0001 - Arrêté portant ouverture d'un concours externe sur titre en vue de pourvoir un poste d'aide soignant	211
Avis - AVIS DE RECRUTEMENT PAR INSCRIPTION SUR LISTE DE SELECTION d'un poste d'agent des services hospitaliers qualifiés en EHPAD publique	213

59_Präfecture du Nord

Cabinet du Préfet

Arrêté N °2011285-0003 - Arrêté modifiant la composition de la sous commission départementale pour la sécurité publique relevant de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité	215
--	-----

Secrétariat général

Arrêté N °2011298-0005 - Arrêté modificatif relatif à la désignation du régisseur d'avances suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord	218
Arrêté N °2011298-0006 - Arrêté préfectoral portant clôture de la régie d'avances instituée auprès de la sous- préfecture de Valenciennes	221



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0015

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-008 portant agrément de la
Société ASSAINI- SERVICES pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-008
portant agrément de la Société ASSAINI-SERVICES
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 24 mars 2010, présentée par la Société ASSAINI-SERVICES, enregistrée sous le numéro 59-2010-008 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu les conventions en date du 23 octobre 2009 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Noréade sur les stations d'épuration d'Avesnes-Sur-Helpe, de Bavay, de Beauvois-en-Cambrésis (Filière 2) et de Le Quesnoy (Nord) ;

Vu la convention en date du 7 juillet 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par le Syndicat Intercommunal d'Assainissement de la Région de Condé (S.I.A.R.C.) sur la station d'épuration de Fresnes-Sur-Escout (File2) (Nord) ;

Vu la convention en date du 7 juillet 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par le Syndicat Intercommunal d'Assainissement de Valenciennes (S.I.A.V.) sur la station d'épuration de Valenciennes (Nord) ;

Vu le certificat d'acceptation du 1er janvier 2011 au 31 décembre 2011 de la Société ASSAINI-SERVICES pour la prise en charge des matières de vidange sur le collecteur « ASSAINI-SERVICES » situé Lieudit « La Sablière » à Saint-Hilaire-Sur-Helpe (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 25 juillet 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société ASSAINI-SERVICES, représentée par Monsieur Daniel FLAMME, Président de la société.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 452463870 - AVESNES

Numéro SIRET : 45246387000017

Code APE : 3700Z

Domiciliée à l'adresse suivante : 12 Rue Jean Messenger – 59330 SAINT-RÉMY-DU-NORD

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société ASSAINI-SERVICES est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 14.336 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration d'Avesnes-sur-Helpe, de Bavay, de Beauvois-en-Cambrésis (Filière 2) et de Le Quesnoy ;
- dépotage dans la station d'épuration de Fresnes-sur-Escaut (File2) ;
- dépotage dans la station d'épuration de Valenciennes ;
- dépotage dans le collecteur « ASSAINI-SERVICES » à Saint-Hilaire-Sur-Helpe (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Saint-Rémy-du-Nord, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Saint-Rémy-du-Nord.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Saint-Rémy-du-Nord, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011

Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général

Signé

Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-015
portant agrément de la Société ISS HYGIÈNE & PRÉVENTION
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément reçue le 6 avril 2010, présentée par la Société ISS HYGIÈNE & PRÉVENTION, enregistrée sous le numéro 59-2010-015 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 30 mars 2010 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par la Lyonnaise des Eaux sur la station d'épuration de Grande-Synthe (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 7 septembre 2011 ;

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 7 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société ISS HYGIÈNE & PRÉVENTION, représentée par M. Stéphane LESUR, Directeur d'Agence Nord-Pas-de-Calais.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : B 662 005 214 - Paris

Numéro SIRET : 666 005 214

Numéro de SIREN : 666 005 214 01122

Code APE : 8129

Domiciliée à l'adresse suivante : Antenne de Dunkerque – 13 Rue Célestin Malo – 59210 COUDEKERQUE-BRANCHE

Adresse du siège social : 65/67 Rue Ordenner – 75899 PARIS cedex 18

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société ISS HYGIÈNE & PRÉVENTION est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 624 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

➤dépotage dans la station d'épuration de Grande-Synthe (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;

- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;

- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Coudekerque-Branche, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Coudekerque-Branche.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Coudekerque-Branche, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0017

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-017 portant agrément de la
Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT
pour la réalisation des vidanges des
installations d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'Eau

Arrêté n° 59-2010-017
portant agrément de la Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément reçue le 7 avril 2010, présentée par la Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT, enregistrée sous le numéro 59-2010-017 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 12 mai 2006 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par le Syndicat Intercommunal de la Zone Industrielle Régionale Artois Flandres sur la station d'épuration de Douvrin – Billy-Berclau (Pas-de-Calais) ;

Vu les conventions en date du 8 octobre 2009 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Noréade sur les stations d'épuration de Bailleul, La Gorgue et Nieppe (Nord) ;

Vu la convention en date du 18 juillet 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières, de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 2 septembre 2011 ;

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 2 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT, représentée par Monsieur Maurice DESCAMPS, Directeur.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 318 415 122 00023 - Lille

Numéro SIRET : 318 415 122 00023

Code APE : 3700Z

Domiciliée à l'adresse suivante : 97 Rue des Résistants - BP 80062 – 59427 ARMENTIERES CEDEX

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société DESCAMPS ASSAINISSEMENT est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 12.800 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans la station d'épuration de Douvrin – Billy-Berclau (Pas-de-Calais) ;
- dépotage dans les stations d'épuration de Bailleul, La Gorgue et Nieppe (Nord) ;
- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières, de Villeneuve d'Ascq et de Watrelos Grimonpont (Nord).

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune d'Armentières, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune d'Armentières.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune d'Armentières, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0018

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-019 portant agrément de la
Société Assainissement BAESEN sc pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-019
portant agrément de la Société Assainissement BAESSEN sc
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 6 avril 2010, présentée par la Société Assainissement BAESSEN sc, enregistrée sous le numéro 59-2010-019 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 1er août 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration de Villeneuve d'Ascq et Wattlelos Grimonpont (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 7 septembre 2011 ;

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 7 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société Assainissement BAESSEN sc, représentée par M. Sébastien CASTEL, représentant la société.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 444 957 153 – ROUBAIX - TOURCOING

Numéro SIRET : 444 957 153 00018

Code NAF : 4700Z

Domiciliée à l'adresse suivante : 111 bis Rue de Wattrelos – 59115 LEERS

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société Assainissement BAESSEN sc est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 265 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

➤ dépotage dans la station d'épuration de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Leers, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Leers.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Leers, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0019

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-020 portant agrément des
Établissements CASTEL pour la réalisation
des vidanges des installations d'assainissement
non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

**Arrêté n° 59-2010-020
portant agrément des Etablissements CASTEL
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif**

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 6 avril 2010, présentée par les Etablissements CASTEL, enregistrée sous le numéro 59-2010-020 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 1er août 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières, de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 30 août 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

Les Etablissements CASTEL, représentés par Monsieur François CASTEL, gérant.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : Roubaix – Tourcoing – B 380 358 614

Numéro SIRET : 380 358 614 00010

Code APE : 3700Z

Domiciliés à l'adresse suivante : 29 Rue de Laon – 59200 TOURCOING

Article 2 - Objet de l'agrément

Les Etablissements CASTEL sont créés pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.500 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières, Villeneuve d'Ascq et Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Tourcoing, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Tourcoing.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Tourcoing, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0020

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-022 portant agrément de la
Société Albin DEVROUETE pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

**Arrêté n° 59-2010-022
portant agrément de la Société Albin DEVROUETE
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif**

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 6 avril 2010, présentée par la Société Albin DEVROUETE, enregistrée sous le numéro 59-2010-022 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 22 juin 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 6 septembre 2011 ;

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 6 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société Albin DEVROUETE, représentée par M. Albin DEVROUETE, co-gérant, responsable de la société.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 78b53 – Roubaix - Tourcoing

Numéro SIRET : 312 495 880 00014

Code APE : 3700 A

Domiciliée à l'adresse suivante : 71 Rue Favreuil – 59170 CROIX

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société Albin DEVROUETE est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.600m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

➤ dépotage dans les stations d'épuration de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Croix, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Croix.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Croix, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0021

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-028 portant agrément de la
Société DMA ENVIRONNEMENT pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-028
portant agrément de la Société DMA ENVIRONNEMENT
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 9 avril 2010, présentée par la Société DMA ENVIRONNEMENT, enregistrée sous le numéro 59-2010-028 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 31 mai 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 20 juillet 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société DMA ENVIRONNEMENT, représentée par Monsieur Dominique DEGRAVE, Gérant de la société.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 319 647 301 – Roubaix - Tourcoing

Numéro SIRET : 319 647 301 00039

Domiciliée à l'adresse suivante : Zone des Prairies de la Lys - Chemin du Pont des Vaches - 59166 BOUSBECQUE

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société DMA ENVIRONNEMENT est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.900 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Bousbecque, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Bousbecque.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Bousbecque, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0022

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-030 portant agrément de la
Société ORTEC INDUSTRIE pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-030
portant agrément de la Société ORTEC INDUSTRIE
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 29 mars 2010, présentée par la Société ORTEC INDUSTRIE, enregistrée sous le numéro 59-2010-030 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 31 mars 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par la Lyonnaise des Eaux sur la station d'épuration de Grande-Synthe (Nord) ;

Vu la convention en date du 20 juillet 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières, d'Houplin-Ancoisne, de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;

Vu la convention en date du 27 novembre 2010 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par la Communauté d'Agglomération Cap Calaisis Terre d'Opale sur la station d'épuration Jacques Monod (Pas-de-Calais) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 25 juillet 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

La Société ORTEC INDUSTRIE, représentée par Monsieur Amar REBBOUH, Responsable de l'Agence ORTEC INDUSTRIE de Grande-Synthe.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 060 801 396 – Aix-en-Provence

Numéro SIRET : 060 801 396 00221

Code APE : 3311Z

Domiciliée à l'adresse suivante : Zone Industrielle – Rue Garibaldi – 59760 GRANDE-SYNTHE

Adresse du Siège Social de la Société : Parc de Pichaury - 550 Rue Pierre Berthier - BP 348000 13799 AIX-EN-PROVENCE

Article 2 - Objet de l'agrément

La Société ORTEC INDUSTRIE est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.440 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans la station d'épuration de Grande-Synthe (Nord) ;
- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières, d'Houplin-Ancoisne, de Villeneuve d'Ascq et de Wattrelos Grimonpont (Nord) ;
- dépotage dans la station d'épuration Jacques Monod de Cap Calais (Pas-de-Calais) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Grande-Synthe, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Grande-Synthe.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Grande-Synthe, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0023

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-032 portant agrément de
l'Entreprise Vidanges BOIDIN pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

**Arrêté n° 59-2010-032
portant agrément de l'Entreprise Vidanges BOIDIN
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif**

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 6 avril 2010, présentée par l'Entreprise Vidanges BOIDIN, enregistrée sous le numéro 59-2010-032 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 8 juin 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières et de Houplin-Ancoisne (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 20 juillet 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

L'Entreprise Vidanges BOIDIN, représentée par Monsieur Jean-Marie BOIDIN, responsable de la société.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : 412 354 151 RM 590 – Roubaix – To

Numéro SIRET : 412 354 151 000 18

Code APE : 3700Z

Domiciliée à l'adresse suivante : 1 Chemin de la Vierge – 59237 VERLINGHEM

Article 2 - Objet de l'agrément

L'Entreprise Vidanges BOIDIN est agréée pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.550 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépôtage dans les stations d'épuration d'Armentières et de Houplin-Ancoisne (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Verlinghem, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Verlinghem.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Verlinghem, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0024

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2010-036 portant agrément des
Établissements DEMAN SN pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

Arrêté n° 59-2010-036
portant agrément des Etablissements DEMAN SN
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément reçue le 20 avril 2010, présentée par les Etablissements DEMAN SN, enregistrée sous le numéro 59-2010-036 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 3 septembre 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 13 septembre 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 14 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

Les Etablissements DEMAN SN, représentés par Monsieur Sébastien DELBAERE, gérant.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : Lille B 393.450.630

Numéro SIRET : 393 450 630 00016

Code NAF : 3700Z

Domiciliés à l'adresse suivante : 1 Rue Voltaire – 59175 TEMPLEMARS

Article 2 - Objet de l'agrément

Les Etablissements DEMAN SN sont agréés pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 5.000 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Templemars, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Templemars.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Templemars, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0025

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

Arrêté n ° 59-2011-047 portant agrément des
Établissements LECOCQ pour la réalisation
des vidanges des installations d'assainissement
non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

**Arrêté n° 59-2011-047
portant agrément des Etablissements LECOCQ
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif**

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément du 7 juillet 2011, présentée par les Etablissements LECOCQ, enregistrée sous le numéro 59-2011-047 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 30 juin 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration de Houplin-Ancoisne et Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 20 juillet 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 30 août 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

Les Etablissements LECOCQ, représentés par Monsieur Philippe LECOCQ, Directeur.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : LILLE - B 304 828 569

Numéro SIREN : 304 828 569

Numéro SIRET : 304 828 569 00026

Code APE : 3700Z

Domiciliés à l'adresse suivante : 14ème Rue – Port Fluvial – 59000 LILLE

Article 2 - Objet de l'agrément

Les Etablissements LECOCQ sont agréés pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 2.785 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration de Houplin-Ancoisne et Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Lille, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Lille.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Madame le Maire de Lille, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011272-0026

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 29 Septembre 2011**

59_D D T M_ Direction Départementale des Territoires et de la Mer du Nord

rrêté n ° 59-2011-048 portant agrément des
Établissements P. CASTELAIN pour la
réalisation des vidanges des installations
d'assainissement non collectif



PREFET DU NORD

Direction départementale des
territoires et de la mer

Service Eau - Environnement
Pôle d'expertise de l'eau

**Arrêté n° 59-2011-048
portant agrément des Etablissements P. CASTELAIN
pour la réalisation des vidanges des installations d'assainissement non collectif**

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur dans l'ordre National du Mérite

Vu le code de l'environnement ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 1331-1-1 ;

Vu le code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 2224-8 ;

Vu l'arrêté ministériel du 7 septembre 2009 définissant les modalités d'agrément des personnes réalisant les vidanges et prenant en charge le transport et l'élimination des matières extraites des installations d'assainissement non collectif ;

Vu la demande d'agrément reçue le 1er septembre 2011, présentée par les Etablissements P. CASTELAIN, enregistrée sous le numéro 59-2011-048 ;

Vu le dossier des pièces présentées à l'appui de ladite demande et comprenant notamment :

- un engagement de respect des obligations qui incombent à la personne agréée ;
- une fiche comportant les informations nécessaires à l'identification du demandeur ;
- une fiche de renseignements sur les moyens mis en œuvre pour assurer la vidange des installations d'assainissement non collectif, la prise en charge des matières de vidange, leur transport et leur élimination.
- la quantité maximale annuelle de matière pour laquelle l'agrément est demandé ;
- les documents permettant de justifier d'un accès spécifique à une ou plusieurs filières d'élimination des matières de vidange et d'assurer un suivi des vidanges effectuées ;

Vu la convention en date du 17 août 2011 fixant les modalités de déversement des matières de vidange prises en charge par Lille Métropole Communauté Urbaine sur les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Vu le courrier de notification de la complétude du dossier en date du 12 septembre 2011.

Considérant que l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ont été délivrées par le demandeur ;

Considérant que la demande d'agrément indique la quantité maximale annuelle de matières pour laquelle l'agrément est demandé et justifie d'un accès spécifique à une filière d'élimination des matières de vidange ;

Considérant que le bordereau de suivi des matières de vidange proposé par le demandeur est conforme aux prescriptions de l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé ;

Considérant que le pétitionnaire n'a pas formulé d'observation sur le projet d'arrêté préfectoral qui lui a été soumis par courrier du 12 septembre 2011.

Sur proposition de monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer Nord et de monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord.

ARRETE

Article 1^{er} - Bénéficiaire de l'agrément

Les Etablissements P. CASTELAIN, représentés par Monsieur Guy LAMPE, gérant.

Numéro d'immatriculation au Registre du Commerce et des Sociétés (RCS) : Roubaix – Tourcoing – B 371 971 983

Numéro SIRET : 391 971 983 00021

Code APE : 900A

Domiciliés à l'adresse suivante : 10 Rue du Dronckaert – 59223 RONCQ

Article 2 - Objet de l'agrément

Les Etablissements P. CASTELAIN sont agréés pour réaliser les vidanges et prendre en charge le transport et l'élimination des matières issues des installations d'assainissement non collectif.

La quantité maximale annuelle de matières de vidange visée par le présent agrément est de 950 m³.

La filière d'élimination validée par le présent agrément est la suivante :

- dépotage dans les stations d'épuration d'Armentières et de Villeneuve d'Ascq (Nord) ;

Article 3 - Convention de déversement à durée déterminée

Lorsqu'une convention de déversement des matières de vidange dans une station d'épuration a une durée limitée, le bénéficiaire transmet la nouvelle convention de déversement au service en charge de la police de l'eau au plus tard la veille de la date de fin de validité de la convention initiale.

A défaut de renouvellement de la convention, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément conformément à l'article 6 du présent arrêté.

Article 4 - Suivi de l'activité

Le bénéficiaire de l'agrément doit respecter les prescriptions générales définies dans l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé.

Le bénéficiaire de l'agrément établit pour chaque vidange un bordereau de suivi des matières de vidange en trois volets comportant a minima les informations prévues à l'annexe II de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé. Ces trois volets sont conservés respectivement par le propriétaire de l'installation vidangée, le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination. Le volet conservé par le propriétaire de l'installation vidangée est signé par lui-même et le bénéficiaire de l'agrément. Ceux conservés par le bénéficiaire de l'agrément et le responsable de la filière d'élimination sont signés par les trois parties.

Le bénéficiaire de l'agrément tient un registre, classé par dates, comportant les bordereaux de suivi des matières de vidange. Ce document est tenu en permanence à la disposition du préfet et de ses services. La durée de conservation de ce registre est de dix années.

Le bénéficiaire de l'agrément adresse au service en charge de la police de l'eau, chaque année avant le 1^{er} avril, un bilan d'activité de vidange de l'année antérieure. Ce bilan comporte a minima :

- les informations concernant le nombre d'installations vidangées par commune et les quantités totales de matières correspondantes ;
- les quantités de matières dirigées vers les différentes filières d'élimination ;
- un état des moyens de vidange dont dispose le bénéficiaire de l'agrément et les évolutions envisagées.

Ce document comprend en annexe une attestation signée par le responsable de chaque filière d'élimination indiquant notamment la quantité de matières de vidange livrée par le bénéficiaire de l'agrément.

Le bénéficiaire de l'agrément conserve le registre et le bilan dans ses archives pendant dix années.

Article 5 - Contrôle par l'administration

Le préfet et ses services peuvent procéder à la réalisation des contrôles nécessaires à la vérification de l'exactitude des déclarations effectuées par le bénéficiaire de l'agrément et contrôler le respect de ses obligations au titre de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé et du présent arrêté. Ces opérations de contrôle peuvent être inopinées.

Article 6 - Modification des conditions de l'agrément

En cas de modification ou de projet de modification de la quantité maximale annuelle de matières de vidange agréée et/ou d'au moins une des filières d'élimination, le bénéficiaire de l'agrément sollicite auprès du préfet une modification des conditions de son agrément.

Article 7 - Droits des tiers

Les droits des tiers sont et demeurent expressément réservés.

Article 8 - Autres réglementations

Le présent arrêté ne dispense en aucun cas le bénéficiaire de l'agrément de faire les déclarations ou d'obtenir les autorisations requises par d'autres réglementations.

Article 9 - Durée de l'agrément

La durée de validité de l'agrément est fixée à dix ans à compter de la date de signature du présent arrêté.

A l'expiration de cette période, l'agrément peut être renouvelé pour une même durée, sur demande expresse du bénéficiaire. La demande de renouvellement de l'agrément est transmise au service en charge de la police de l'eau au moins six mois avant la date limite de fin de validité de l'agrément initial. Cette demande est accompagnée d'un dossier comportant l'ensemble des pièces mentionnées à l'annexe I de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé actualisées.

Lorsque les modalités ci-dessus sont respectées, la validité de l'agrément initial est prolongée jusqu'à notification de la décision préfectorale concernant la demande de renouvellement.

Le préfet peut toutefois décider de retirer cette prolongation temporaire d'agrément conformément à l'article 10 du présent arrêté ou en cas de manquement du demandeur à ses obligations dans le cadre de l'instruction de son dossier de demande de renouvellement d'agrément.

Article 10 - Suspension ou suppression de l'agrément

L'agrément peut être retiré ou modifié à l'initiative du préfet dans les cas suivants :

- en cas de faute professionnelle grave ou de manquement à la moralité professionnelle ;
- lorsque la capacité des filières d'élimination des matières de vidange ne permet pas de recevoir la quantité maximale pour laquelle le bénéficiaire a été agréé ;
- en cas de manquement du bénéficiaire aux obligations de l'arrêté du 7 septembre 2009 susvisé, en particulier, en cas d'élimination de matières de vidange hors des filières prévues par l'agrément ;
- en cas de non-respect des éléments déclarés dans la demande d'agrément. En cas de retrait ou de suspension de l'agrément, le bénéficiaire ne peut plus assurer les activités mentionnées à l'article 2 du présent arrêté et est tenu de prendre toute disposition nécessaire pour veiller à ce que les matières de vidange dont il a pris la charge ne provoquent aucune nuisance et de les éliminer conformément à la réglementation.

Le bénéficiaire dont l'agrément a été retiré ne peut prétendre à un nouvel agrément dans les six mois à compter de la notification de la décision de retrait.

Article 11 - Publication et information des tiers

Cet arrêté est publié au recueil des actes administratifs des services de l'État du département du Nord.

Une copie de cet arrêté est transmise à la mairie de la commune de Roncq, pour affichage pendant une durée minimale d'un mois.

Une liste des personnes agréées est publiée sur le site Internet de la préfecture.

Article 12 - Voies et délais de recours

Le présent arrêté est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif de Lille (143 Rue Jacquemars Gielée - BP 2039 - 59014 Lille Cedex) dans un délai de deux mois par le pétitionnaire et dans un délai de quatre ans par les tiers dans les conditions de l'article R. 421-1 du code de justice administrative à compter de son affichage à la mairie de la commune de Roncq.

Article 13 : Exécution

Monsieur le Secrétaire général de la préfecture du Nord, Monsieur le Maire de la commune de Roncq, Monsieur le Directeur départemental des territoires et de la mer – Nord – Service de la Police de l'Eau, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Lille, le 29 septembre 2011
Le Préfet
Pour le Préfet et par délégation
Le Secrétaire Général
Signé
Marc-Etienne PINAULDT

CHARTRE D'UTILISATION DES OUTILS INFORMATIQUES ET DE TELECOMMUNICATION

La présente charte définit les droits et obligations des utilisateurs de systèmes et équipements en informatique et télécommunication du CHRU de Lille. Elle a vocation à être intégrée au règlement intérieur de l'institution.

L'outil informatique se définit comme étant à la fois les postes de travail, imprimantes, le réseau, les applications, les équipements centraux, la messagerie et l'accès Internet.

L'utilisateur se définit comme étant soit un agent de l'hôpital, un étudiant ou un stagiaire, un prestataire de service ou un membre d'une association.

Les données « privées » se définissent comme étant des données professionnelles spécifiques à l'utilisateur, non gérées par les applications du SIH. Ce sont en particulier les données bureautiques de l'utilisateur.

Les données « personnelles » se définissent comme étant des données non professionnelles pouvant être présentes sur le disque dur du poste de travail.

I. Généralités sur les droits et obligations des utilisateurs

L'appartenance à la communauté des utilisateurs implique pour chacun le respect des règles de sécurité et de bonne conduite. L'imprudence, la négligence, ou la malveillance de certains pourraient avoir des conséquences graves pour la communauté, l'institution et à travers elle pour les patients.

Est considéré comme utilisateur toute personne, agent du CHRU ou non, qui utilise, même de manière temporaire, un équipement informatique (poste de travail, réseau, application) ou de télécommunication du CHRU.

II. Mise à disposition des outils pour un usage professionnel

Les systèmes et équipements informatiques et de télécommunication sont mis à disposition des utilisateurs pour un usage professionnel. Leur utilisation abusive à des fins personnelles est interdite.

III. Droit d'accès aux outils du système d'information - authentification

Nature et durée du droit d'accès

Le droit d'accès aux outils informatiques donné à un utilisateur est un droit strictement personnel et ne peut en aucun cas être cédé à un tiers, même temporairement. Ce droit d'accès est donné en raison d'une activité professionnelle qui le justifie. L'autorisation prend fin dès lors que l'activité professionnelle qui l'a justifiée prend fin, même de manière provisoire. L'utilisateur concerné est tenu de déclarer tout changement d'affectation professionnelle qui lui a permis d'obtenir un droit d'accès.

Authentification de l'utilisateur

Pour assurer la protection des informations sensibles (médicales, nominatives, confidentielles) et pour limiter les risques d'intrusion de personnes mal intentionnées dans le système d'information, deux outils essentiels sont mis en œuvre :

- Une authentification de l'utilisateur
- Une trace de toutes les connexions

Les moyens d'authentification (couple nom d'utilisateur et mot de passe, carte à puce et code pin ou autres dispositifs) sont individuels et ne peuvent en aucun cas être communiqués prêtés ou cédés à un tiers. Le mot de passe ne peut pas être écrit à proximité du poste de travail.

L'utilisateur est responsable de son moyen d'authentification qui l'identifie de manière personnelle lors de ses accès au système d'information.

En cas d'oubli du mot de passe ou de difficulté de connexion, la direction informatique fournit la marche à suivre pour que l'utilisateur puisse à nouveau se connecter en toute sécurité.

Tout utilisateur qui constaterait une tentative de violation de son mot de passe par un tiers doit en informer la direction informatique. L'utilisateur est tenu de fermer sa session de travail en cas de départ, en particulier pour l'accès aux données médicales nominatives. Pour les dépannages, la direction informatique utilise ses mots de passe génériques, mais pas celui de l'utilisateur.

Transparence d'identité – Tentatives de violation

L'utilisateur est tenu de déclarer sa véritable identité et en aucun cas de tenter de masquer celle-ci lors des procédures d'identification. Il ne doit pas tenter d'usurper l'identité d'une autre personne. La pénétration et le maintien non autorisés dans un système informatique sont interdits par la loi et passibles de sanctions pénales : amendes, interdiction d'exercer dans la fonction publique, ... (Article 323-1 et suivants du nouveau Code Pénal).

IV. Protection de la personne

Déclaration des données nominatives (CNIL)

Si, dans l'accomplissement de son travail, l'utilisateur est amené à constituer des fichiers contenant directement ou indirectement des informations nominatives, ceux-ci tombent sous le coup de la loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Avant toute mise en œuvre du traitement de ces données nominatives, l'utilisateur doit impérativement, par l'intermédiaire de son supérieur hiérarchique, avoir fait les démarches nécessaires auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) et en avoir reçu l'autorisation. Une procédure de déclaration à la CNIL est fournie par la direction informatique (site Intranet).

Le défaut de déclaration peut donner lieu à des sanctions pénales.

Référence : Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

V. Confidentialité et Protection des données

La direction informatique publie et maintient à jour les documents d'applications qui permettent de mettre en œuvre les principes définis ci-après.

Protection des données

L'utilisateur doit assurer la protection de ses propres données. Il a la responsabilité de prendre toute disposition pour que ses données sensibles gardent leur confidentialité et ainsi en limiter l'accès aux seules personnes le justifiant. La direction informatique fournit les conseils et l'expertise nécessaires à la mise en œuvre des solutions les mieux adaptées.

Respect des ressources privées (outils et informations des autres utilisateurs)

L'accès par les utilisateurs aux informations et documents conservés sur les systèmes informatiques est limité à ceux qui leur sont propres, et ceux qui sont publics ou partagés. En particulier il n'est pas autorisé de manière délibérée à prendre connaissance d'informations transitant sur le réseau, ou détenues par d'autres utilisateurs, quand bien même ceux-ci ne les auraient pas protégées explicitement. Ceci s'applique également aux courriers électroniques et pièces jointes dont l'utilisateur n'est destinataire ni directement ni en copie, et aux logiciels utilisés par d'autres utilisateurs.

Modalités de déconnexion

Afin d'éviter l'accès à des données sensibles par des personnes non autorisées, les utilisateurs veillent à se déconnecter des applications du SIH et du réseau lorsqu'ils quittent leur poste de travail. Les procédures de déconnexion sont spécifiées par la direction informatique.

Responsabilité des données locales (sauvegardes)

Sauf exception signalée, les données des applications du SIH et toutes les données hébergées sur des serveurs accessibles par le réseau sont sauvegardées par l'administrateur en charge de l'exploitation de l'application, sous responsabilité de la direction informatique. Par contre, toutes les données présentes localement sur le poste de travail (disque dur du PC) doivent être sauvegardées par l'utilisateur sur le support le mieux approprié afin qu'elles soient toujours disponibles, même après

un incident matériel ou logiciel. La direction informatique conseille les utilisateurs sur les solutions les mieux appropriées.

Protection des supports physiques

Les supports amovibles (disquettes, CD, disques amovibles, clés USB, ...) sont sous la responsabilité de l'utilisateur. Chacun veille à les ranger de manière à préserver la confidentialité des données qu'ils contiennent.

VI. Intégrité et disponibilité des systèmes

La direction informatique publie et maintient à jour les documents d'applications qui permettent de mettre en œuvre les principes définis ci-après.

Intégrité des systèmes

Il est interdit d'apporter, volontairement ou non, des perturbations au bon fonctionnement des postes de travail, des réseaux et des systèmes, que ce soit par des manipulations anormales du matériel, ou par l'introduction de logiciels parasites (virus, chevaux de Troie, bombes logiques, logiciels d'écoute du réseau, ...).

L'utilisateur n'est pas autorisé à modifier la configuration de son poste de travail sans l'intervention de la direction de l'informatique. Pour des raisons de sécurité, le partage de son disque dur est strictement interdit, ce qui exclut les liaisons de type peer-to-peer.

Propagation des virus

Chaque utilisateur respecte les consignes données par l'administrateur du poste de travail pour une utilisation optimale des logiciels anti-virus présents soit sur le poste de travail, soit sur des serveurs de sécurité. La désactivation des logiciels anti-virus est interdite, sauf sur avis express de la direction informatique.

Tentatives de violation des procédures de sécurité

Le contournement, ou la simple tentative de contournement, des dispositifs de sécurité est strictement interdit.

Respect de la topologie du réseau

Le CHRU de Lille prend toutes dispositions techniques pour protéger son réseau et son SIH des intrusions ou malveillances externes. L'utilisateur est tenu de ne pas mettre en péril ces dispositifs par l'introduction de matériels de communication sans un accord préalable express de la direction informatique. En particulier, la connexion de modems ou de dispositifs de réseau sans fil (Wifi, Bluetooth) permettant un accès externe est interdite.

Cryptographie des données sensibles

En cas de transmission régulière d'informations sensibles via les réseaux publics, le chiffrement des données est obligatoire. C'est en particulier le cas des données médicales nominatives envoyées vers l'extérieur.

VII. Utilisation de la messagerie

Restrictions d'utilisation

Le message électronique est un écrit qui engage la responsabilité de son auteur et éventuellement celle du CHRU de Lille. Il peut être reconnu pour établir un fait ou un acte juridique. Les règles hiérarchiques et d'organisation des délégations de signature doivent être respectées, même pour des messages internes.

L'utilisateur qui souhaite faire usage de la faculté d'utiliser, à titre exceptionnel, la messagerie à des fins privées, est tenu d'indiquer clairement dans le sujet du message que celui-ci a un caractère privé. Dans ce cas, il engage sa propre responsabilité.

L'administrateur du CHRU n'exerce son contrôle que sur la messagerie professionnelle des agents uniquement dans le cadre des missions reprises dans la présente charte.

Contenu des messages

L'utilisateur agit dans le respect de l'ordre public. Aucun message, y compris relevant de l'utilisation privée, ne doit comprendre d'éléments de nature offensante, diffamatoire, injurieuse ou contraire aux dispositions des lois en vigueur.

L'envoi des chaînes de messages est interdit.

Les messages contenant des fichiers pouvant véhiculer des logiciels pernicioeux (virus, vers,...) sont interdits. La direction informatique tient à jour une liste des types de fichiers présentant ces risques. Elle met en œuvre toutes les solutions organisationnelles et techniques nécessaires pour maîtriser ce risque.

Confidentialité des correspondances

La loi dispose que "le secret des correspondances émises par voie de télécommunication est garanti par la loi" (loi n° 91-646 du 10 juillet 1991 Article 2). L'atteinte au secret de la correspondance est passible de sanctions pénales (Articles 226-15 et 432-9 du nouveau code pénal). Aussi les utilisateurs doivent s'abstenir de toute tentative d'interception de communications privées, qu'il s'agisse de courrier électronique ou de dialogue direct, et ce même si l'auteur ou le destinataire de ces communications n'ont pas pris toutes précautions pour en assurer la confidentialité.

VIII. Utilisation de l'Internet

Les accès à Internet par les utilisateurs du CHRU doivent respecter les règles générales décrites dans le présent document. Quelques règles complémentaires précisent les conditions dans lesquelles s'effectuent ces accès.

- **Finalité d'utilisation** : l'accès à Internet est destiné aux besoins professionnels. L'usage abusif à des fins personnelles est interdit.
- **Utilisation loyale du réseau** : L'utilisateur s'abstient de toute utilisation pouvant perturber le réseau par malveillance ou par négligence en faisant transiter des données pouvant épuiser le réseau.
- **Responsabilité quant au contenu échangé via Internet**. Les données doivent être obtenues licitement et ne pas porter atteinte aux droits de tiers. (Droits de propriété intellectuelle des œuvres protégées, droits commerciaux, ...)
- **Respect du droit des personnes** : L'utilisateur doit respecter le droit des personnes et éviter de porter atteinte à autrui par quelque procédé que ce soit, en particulier par diffusion sans son consentement de son image, ou de ses écrits diffusés à titre confidentiel ou privé. Il veille au respect de la personnalité, de l'intimité et de la vie privée.
- **Respect de l'ordre public** : L'utilisateur agit dans le respect de l'ordre public et s'interdit l'échange d'éléments de nature offensante, diffamatoire, injurieuse, raciste, des incitations au terrorisme, des incitations au suicide, des informations ou images de nature violente, des contenus pouvant porter atteinte à la dignité humaine, aux bonnes mœurs et de toute information contraire aux dispositions des lois en vigueur.
- **Respect de la confidentialité** : L'utilisateur respecte les contenus à caractère confidentiel, en particulier les données d'autres utilisateurs.
- **Sécurité d'utilisation** : Les accès à Internet sont protégés par des passerelles de communication visant à sécuriser au maximum les échanges avec l'extérieur. Cependant cela ne représente pas une garantie totale et ne dispense pas l'utilisateur d'une vigilance constante, en particulier lors des échanges de données.

La direction informatique tient à jour et communique un document précisant les règles et procédures applicables pour assurer la sécurité des accès à Internet.

Elle définit, publie et met en œuvre les règles de filtrage et de blocage d'accès, notamment pour les sites connus comme dangereux ou illicites (sites pornographiques ou pédophiles, sites de piratage informatique, sites extrémistes politiques ou religieux).

Les mesures de limitations d'accès sont également étendues à des sites non professionnels occasionnant des perturbations sur les équipements informatiques du CHRU au détriment du bon fonctionnement du SIH. Ceci concerne notamment des sites de téléchargement de films, de vidéo ou de musique, de diffusion télévisuelles ou radiophonique et de sites "grand public" plus événementiels. La direction informatique définit, communique et met en œuvre les règles de filtrages en fonction des conséquences sur le fonctionnement du SIH.

IX. Utilisation du téléphone et du FAX

La plupart des règles générales concernant les équipements informatiques s'appliquent à la téléphonie et aux télécopieurs.

- Les téléphones fixes ou mobiles et les télécopieurs et mis à disposition des utilisateurs par le CHRU de Lille restent sa propriété. Ils sont destinés à des besoins professionnels.
- Lors de l'envoi de télécopies ou lors de conversations téléphoniques, l'utilisateur engage sa responsabilité. Il est tenu au respect des principes de discrétion, de confidentialité, de respect de la personne et des informations sensibles.
- Une attention particulière doit être apportée lors de la composition du numéro du destinataire, et au fait que le lecteur du document envoyé ne peut pas être identifié avec certitude.
- L'utilisation de télécopieurs pour transmettre des données médicales directement nominatives ne peut qu'être exceptionnelle. La CNIL fait des recommandations relatives à l'utilisation de télécopieurs en milieu médical :
 - Installation des télécopieurs dans des locaux accessibles uniquement aux personnels médicaux et paramédicaux
 - Utilisation d'un code confidentiel pour l'édition de messages
 - Affichage de l'identité en clair du télécopieur destinataire lors des envois
 - Les originaux des documents télécopiés sont également communiqués à leurs destinataires.

X. Protection des logiciels

Licences d'utilisation

Le CHRU de Lille a fait l'acquisition des licences d'utilisation de logiciels strictement nécessaires à l'exploitation de son parc. La législation interdit à tout utilisateur de faire des copies de ces logiciels commerciaux pour quelque usage que ce soit. La copie illicite d'un logiciel constitue un délit de contrefaçon et engage directement la responsabilité de son auteur. A ce titre, il peut être poursuivi devant les tribunaux répressifs et civils. Son employeur peut également être poursuivi. L'utilisateur s'engage à ne pas faire de copies des logiciels dont il a l'usage. Les applications, paramétrages, développements et bases de données que l'utilisateur réalise sur son temps de travail restent la propriété du CHRU de Lille

Droits d'auteur et de propriété

La loi n° 85-660 du 3 juillet 1985 protège les données informatiques, saisies ou numérisées, à des fins d'incorporation dans un document. L'utilisateur doit considérer que toute copie d'un document protégé est interdite, qu'il s'agisse de livres ou extraits, images, sons, ...

Dépôt légal

La loi dispose que : "les logiciels, les bases de données, les systèmes experts et les autres produits de l'intelligence artificielle sont soumis à l'obligation de dépôt légal dès lors qu'ils sont mis à disposition du public ". Cette formalité doit être respectée sous peine de sanctions pénales (Loi n° 92-546 du 20 juin 1992).

Installation de logiciels par les utilisateurs

En raison des risques de perturbation du bon fonctionnement du SIH et des outils bureautiques, l'installation ou la désinstallation de logiciels par l'utilisateur ou la modification des configurations logicielles des postes de travail ne doit être pas être effectuée sans l'accord express de la direction informatique.

XI. Protection des matériels

Propriété du CHRU sur les matériels

Les matériels mis à disposition des utilisateurs doivent être considérés comme étant propriété du CHRU de Lille. L'utilisateur a l'usage de certains de ces matériels mais ne peut prétendre à aucun droit de propriété particulier. Les règles d'attribution des matériels sont portées à la connaissance des utilisateurs.

Responsabilité de l'utilisateur (vol, dégradations, ...)

L'utilisateur est responsable de l'utilisation des équipements informatiques ou de télécommunication dont il a l'usage. Il prend toutes dispositions pour éviter le vol et la dégradation de ceux-ci. En cas de vol de matériel, la direction informatique n'est pas systématiquement tenue de remplacer le matériel volé. La direction informatique étudie et propose les moyens de renforcer la sécurité des matériels.

Déplacements de matériels

Pour permettre une gestion efficace du parc de postes de travail et imprimantes, tout déplacement temporaire ou définitif de poste de travail fixe, d'imprimante, de téléphone fixe ou de télécopieur, incombe à la direction informatique. Les utilisateurs désireux de déplacer un tel équipement doivent en faire la demande à la direction informatique.

Installation de matériels informatiques hors parc

Tout matériel dont le propriétaire n'est pas le CHRU de Lille est qualifié de « hors Parc », quelle que soit son origine : don, financement externe ou acquisition privée de l'utilisateur. Son utilisation est sous l'entière responsabilité de son propriétaire. Il n'est pas destiné à accéder au SIH et ne bénéficie pas des services fournis par la direction informatique. Pour des objectifs très précis, certains matériels hors parc peuvent être connectés au réseau informatique du CHRU sous certaines conditions et par la seule direction informatique.

Par souci de maîtrise du parc informatique et de son évolution, le CHRU de Lille refuse a priori les dons de matériels.

Cas particulier des matériels nomades (PC portables, Palm, ...)

Les micro-ordinateurs portables et les autres équipements nomades tels que les Palm suivent des règles spécifiques précisées à l'utilisateur lors de leur attribution.

XII. Règles spécifiques au personnel de la direction informatique et à ses sous-traitants

Le personnel de la direction informatique est soumis aux mêmes droits et obligations que les autres utilisateurs du CHRU de Lille. Cependant, compte tenu de son activité spécifique, il a des droits et devoirs complémentaires.

Obligation de réserve et secret professionnel

Tenu aux habituelles obligations de réserve, de discrétion et de secret professionnel, le personnel de la direction informatique est particulièrement sensibilisé et informé de la confidentialité des informations sensibles qu'il a à gérer. Il signe un engagement écrit reprenant l'ensemble des obligations qu'il doit respecter.

Transparence sur les possibilités d'accès aux informations sensibles

Pour assurer ses missions d'administration des applications et des données, le personnel de la direction informatique peut être amené à accéder à certaines informations sensibles. Ce personnel est tenu à une confidentialité absolue. Une traçabilité des accès est mise en place pour les informaticiens ayant à assurer la gestion technique des bases de données nominatives. La liste des personnes qui ont accès aux bases de données médicales est transmise sur demande au médecin responsable de l'information médicale.

Personnels extérieurs sous responsabilité de la direction informatique

Des intervenants extérieurs au CHRU ont également accès au SIH sous responsabilité de la direction informatique : des prestataires de service, des fournisseurs dans le cadre de la maintenance, des stagiaires, ... La direction informatique a l'engagement d'informer toutes ces personnes de leurs droits et obligations qui, sauf avis contraire, sont les mêmes que pour les personnels internes. La direction informatique prend toutes dispositions pour vérifier que ces personnes respectent l'ensemble des règles en vigueur, tout particulièrement celles afférentes à la sécurité et à la confidentialité.

Nécessité de surveillance

Pour assurer le bon fonctionnement et la protection du SIH et du réseau informatique, la direction informatique doit veiller au bon usage des ressources par les utilisateurs et prendre toutes les précautions nécessaires pour assurer la sécurité (Disponibilité, Intégrité, Confidentialité, preuves et traces) du SIH.

Cette surveillance est réalisée par des administrateurs nommés pour cette mission.

Analyse et contrôle de l'utilisation des ressources

Pour des nécessités de maintenance et de gestion technique, l'utilisation des ressources matérielles et logicielles ainsi que les échanges via le réseau informatique sont analysés et contrôlés dans le respect de la législation applicable et notamment la loi informatique et libertés.

Par ailleurs, dans le cadre de sa responsabilité sur la protection des données sensibles du SIH, et de la maîtrise du bon fonctionnement de son système informatique, le CHRU enregistre les durées de connexion pour chaque utilisateur et chaque application. Il enregistre également une trace des sites les plus visités et des volumes téléchargés sur Internet, ainsi que de toutes les activités relatives à l'usage des micro-ordinateurs et serveurs, de la messagerie électronique, d'Intranet, d'Internet et des applications du SIH. Un rapport non nominatif est exploité semestriellement par la direction informatique.

Le CHRU se réserve le droit de bloquer à tout moment, sans avertissement préalable, l'accès à certains sites Internet en cas d'abus constaté.

Nomination des administrateurs

Les personnes habilitées à assurer la surveillance, l'analyse et les contrôles de l'utilisation des ressources, sont nommées par le directeur de la direction informatique. Au cas où la direction informatique sous-traite en tout ou partie ces fonctions, le sous-traitant et le directeur de la direction informatique désignent conjointement ces personnes.

La liste des administrateurs est gérée.

Ils sont informés de leurs droits et devoir particuliers, notamment en ce qui concerne la confidentialité des informations auxquelles ils accèdent au cours de leurs investigations.

Rôle, droits et devoir des administrateurs

L'administrateur contrôle que les matériels et logiciels des utilisateurs sont conformes aux besoins définis. Concernant leur usage, il comptabilise les temps de connexions, les sites visités, les volumes téléchargés ainsi que toutes activités relatives à l'usage des micro-ordinateurs et serveurs, de la messagerie électronique, d'Intranet et d'Internet. Il réalise des rapports périodiques non personnalisés qu'il transmet à la direction informatique.

La direction informatique publie ces rapports.

Dans tous les cas, l'administrateur se garde le droit d'effacer, de compresser ou d'isoler toute donnée ou fichier manifestement en contradiction avec la charte ou qui mettrait en péril la sécurité des ressources informatiques.

L'administrateur est tenu au strict respect du secret professionnel.

La vigilance technique de l'administrateur ne s'exerce pas sur les dossiers informatiques « personnels » sauf lorsqu'ils génèrent des perturbations bloquantes sur les systèmes informatiques.

Dans ce dernier cas, l'administrateur en informe la direction informatique et l'utilisateur concerné.

Sans préjudice de la confidentialité des correspondances, l'administrateur est tenu de dénoncer au Procureur de la République les usages illégaux (tels que pédophilie, incitation à la haine raciale, terrorisme) qu'il constaterait dans l'usage des outils informatiques et de télécommunication.

XIII. Contrôle du respect des règles

L'utilisation des équipements informatiques par les personnes autorisées à y accéder peut engager la responsabilité du CHRU. Il lui appartient de prendre les dispositions nécessaires au contrôle du respect des règles. Dans ce cadre, mais également pour des nécessités d'administration des équipements et de maintenance, il peut être procédé à des contrôles, dans le respect de la législation en matière de confidentialité et de vie privée des utilisateurs.

Ces contrôles réalisés par les administrateurs du réseau portent exclusivement sur :

- Les applications utilisées sur le poste de travail et leur temps d'utilisation, que celles-ci aient été installées par la direction informatique ou par l'utilisateur
- Les sites Internet visités et la durée des connexions
- La taille des messages échangés par messagerie

- Le format des pièces jointes aux messages
- La bande passante réseau utilisée

La nature et les modalités des contrôles susceptibles d'être exercés sont portées régulièrement à la connaissance des utilisateurs. La durée de conservation des éléments recueillis ne peut excéder six mois, sauf en cas de procédure exceptionnelle (procédure judiciaire, recours, ...). Ces contrôles constituent un traitement automatisé d'informations directement ou indirectement nominatives et font l'objet d'une déclaration à la CNIL avant leur mise en œuvre, conformément aux dispositions réglementaires.

Le CHRU peut être amené à relever le secret des correspondances sous contrôle des juges.

XIV. Limites de responsabilité du CHRUL

Le CHRU est responsable du SIH, des outils informatiques et de télécommunication et de l'usage qui en est fait. Cependant en cas de violation manifeste des règles de bonne pratique énumérées dans ce document, et/ou des règlements, des lois et des usages en vigueur, l'utilisateur engage sa propre responsabilité et s'expose à d'éventuelles sanctions et poursuites

XV. Documents d'applications

Cette charte est complétée par des documents d'application qui précisent les modalités pratiques conformes à la présente charte. Au fur et à mesure de leur parution, ils font l'objet de notes de service et d'une publication sur l'Intranet.

SOMMAIRE

I.	Généralités sur les droits et obligations des utilisateurs.....	1
II.	Mise à disposition des outils pour un usage professionnel	1
III.	Droit d'accès aux outils du système d'information - authentification.....	1
IV.	Protection de la personne.....	2
V.	Confidentialité et Protection des données	2
VI.	intégrité et disponibilité des systèmes.....	3
VII.	Utilisation de la messagerie.....	3
VIII.	Utilisation de l'Internet.....	4
IX.	Utilisation du téléphone et du FAX	5
X.	Protection des logiciels.....	5
XI.	Protection des matériels	5
XII.	Règles spécifiques au personnel de la direction informatique et à ses sous-traitants	6
XIII.	Contrôle du respect des règles	7
XIV.	Limites de responsabilité du CHRUL.....	8
XV.	Documents d'applications	8

Règlement intérieur de la Commission des Relations avec les Usagers et pour la Qualité de la prise en charge (CRUQ)

Article 1 — Objet du règlement intérieur:

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer dans le cadre des lois et règlements en vigueur, les missions (chapitre 1), la composition (chapitre 2) et les conditions d'organisation et de fonctionnement (chapitre 3) de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Il fixe également les modalités d'examen et de traitement des plaintes et des réclamations en vigueur au sein du CHRU de Lille (chapitre 4).

Il définit les modalités d'adoption, de modification et de publicité du règlement intérieur (chapitre 5).

Chapitre 1 - Missions et attributions

Article 2 — Missions générales:

La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, ci-après dénommée Commission (ou CRUQ), instituée par l'article L. 1112-3 du Code de la santé publique, est chargée de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches, et de la prise en charge.

Article 3 — Relations avec les usagers:

La Commission veille au respect des droits des usagers et facilite leurs demandes. Elle s'assure qu'ils puissent, le cas échéant:

- exprimer leurs griefs auprès des responsables des pôles d'activités, ou du directeur général du CHRU de Lille ou de son représentant,
- entendre les explications de ces responsables,
- être informés des suites apportées à leurs demandes.

L'ensemble des plaintes et réclamations adressées au CHRU de Lille par les usagers ou leurs proches, ainsi que les réponses qui y sont apportées sont tenues à la disposition des membres de la Commission. Dans ce cadre, la Commission peut avoir accès aux données médicales relatives à ces plaintes et réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants-droits.

La Commission peut aussi accéder aux témoignages de satisfaction adressés par les usagers.

La Commission examine les plaintes et réclamations qui lui sont soumises et qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou juridictionnel, et veille à ce que toute personne soit informée sur les voies de recours et de conciliation dont elle dispose.

Article 4 — Qualité de la prise en charge:

La Commission émet des avis et formule des propositions destinées à contribuer à l'amélioration de la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

Elle est consultée au moins une fois par an sur la politique menée en ces domaines dans le CHRU de Lille.

Article 5 — Mise en oeuvre de ses missions par la Commission:

5.1. La Commission reçoit toutes les informations nécessaires à l'exercice de ses missions, notamment :

- la synthèse des réclamations et plaintes adressées au CHRU de Lille par les usagers ou leurs proches au cours des douze mois précédents.

- le nombre de demandes de communication d'informations médicales ainsi que les délais dans lesquels ces demandes sont satisfaites,
- le résultat des enquêtes concernant l'évaluation de la satisfaction des usagers, en particulier les appréciations formulées par les patients dans les questionnaires de sortie,
- le nombre, la nature et l'issue des recours gracieux ou juridictionnels formulés contre l'Etablissement par les usagers.
- les avis du CA sur la politique d'amélioration continue de la qualité, ainsi que les avis, vœux ou recommandations formulées dans ce domaine par les diverses instances de l'Etablissement (Conseil Exécutif, CHSCT, CME, CTE, sous commissions qualité.....)

5.2. A partir notamment de ces informations, la Commission:

- procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et de la qualité de l'accueil et de la prise en charge fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées,
- recense les mesures adoptées au cours de l'année écoulée par le Conseil de surveillance en ce qui concerne les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge et évalue l'impact de leur mise en oeuvre,
- formule des recommandations, notamment en matière de formation des personnels, destinées à améliorer l'accueil et la qualité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches et à assurer des droits des usagers.

Article 6 — Rapport annuel de la Commission:

La Commission rend compte de ses analyses dans un rapport annuel. L'objet essentiel de ce rapport est de faire des propositions pour améliorer l'accueil et la prise en charge des usagers et de leurs proches. Il doit prendre en compte également les éléments permettant de déterminer les points forts et les points d'amélioration du CHRU au regard du respect des droits des usagers et de la facilitation de leurs démarches. Ce rapport sera structuré autour de trois parties : la synthèse des sources d'expression des usagers, l'analyse de cette expression et des recommandations.

Les membres de la CRUQ sont associés à la rédaction de ce rapport. Celui-ci ne comporte que des données anonymes.

Le rapport annuel est élaboré en début d'année, adopté en séance plénière, puis présenté au Conseil de surveillance, à la Commission médicale d'établissement, au Comité technique d'établissement et à la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du CHRU de Lille.

Il est ensuite transmis à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et à la Conférence Régionale de Santé.

Chapitre 2 - Composition de la commission

Article 7 — Composition retenue pour la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge du CHU de Lille :

En application des dispositions réglementaires du Code de la santé publique, notamment de l'article R. 1112-81 et des possibilités qu'il ouvre aux établissements de santé, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge du CHRU de Lille composée comme suit :

Membres désignés au titre de l'article R. 1112-81, I :

- Le Directeur Général du CHRU de Lille ou son représentant
- Un Médiateur médecin et ses suppléants
- Un Médiateur non médecin et son suppléant
- Deux Représentants des usagers et leurs suppléants.

Membres désignés au titre de l'article R. 1112-81, IV :

- Le représentant du président de la Commission médicale d'établissement
- Un Représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation médico-techniques et son suppléant

Article 8 — Personnes invitées à la Commission : (article R. 1111-86 du Code de la santé publique)

Le responsable de la politique de la qualité au sein du CHRU de Lille assiste aux séances de la Commission avec voix consultative.

Sont également invités :

- Le responsable de la Délégation à la communication et aux Relations avec les usagers
- Le médecin coordonnateur des vigilances
- Un représentant des Correspondants Affaires Juridiques
- Le responsable de la cellule contentieux
- Le secrétaire de la CRUQ

Article 9 — Formation restreinte :

La Commission peut se réunir en formation restreinte ainsi composée :

- le Président de la CRUQ
- un Médiateur médecin
- un Médiateur non médecin
- deux Représentants des usagers

Toute personne nécessaire à l'étude d'un dossier sera conviée, sur décision du Président.

Article 10 — Modalités de désignation des membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge :

↳ **Médiateur médecin et son suppléant :**

Conformément aux dispositions de l'article R.1112-82 du Code de la santé publique, le médiateur médecin et son suppléant sont désignés par le Directeur Général parmi les médecins exerçant ou ayant exercé la médecine ou des fonctions de médiateur depuis moins de cinq ans au CHRU de Lille.

Ces nominations interviennent après avis de la Commission Médicale d'Etablissement.

Le médiateur médecin et ses suppléants ne doivent pas exercer dans le même service.

↳ **Médiateur non médecin et son suppléant :**

Conformément aux dispositions de l'article R.1112-82 du Code de la santé publique, le médiateur non médecin et son suppléant sont désignés par le Directeur Général parmi le personnel non médecin exerçant au sein du CHRU de Lille.

↳ **Représentants des usagers :**

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-83 du Code de la santé publique, les représentants des usagers et leurs suppléants sont désignés par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation parmi les personnes proposées par les associations agréées pour représenter les usagers dans les instances hospitalières.

Toutefois, lorsque les personnes siégeant en qualité de représentants des usagers au sein du Conseil de Surveillance demandent à siéger à ce titre au sein de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, elles sont membres de droit de la Commission.

↳ **Représentant de la Commission médicale d'établissement :**

Le représentant de la Commission médicale d'établissement est désigné par le président de cette dernière parmi ses membres.

↳ **Représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques :**

Le représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est désigné par le Directeur des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parmi les membres de la Commission.

Article 11 — Durée du mandat des membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge:

↳ **Médiateurs, représentants des usagers :**

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-85 du Code de la santé publique, la durée du mandat des médiateurs et des représentants des usagers est fixée à trois ans renouvelables.

Article 12 — Décision de nomination des membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge:

Conformément aux dispositions de l'article R. 1112-84 du Code de la santé publique, le Directeur général du CHRU de Lille arrête la liste nominative des membres de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Les usagers sont informés par voie d'affiches, par le livret d'accueil et par le site Internet de l'Établissement de l'existence de la commission, de sa composition et des modalités de prise de rendez-vous.

Cette liste est transmise pour information à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

Chapitre 3 – Organisation et fonctionnement de la commission

Section 1 : Organisation de la Commission

Article 13 — Président:

Conformément aux dispositions de l'article R. 1111-81 du Code de la santé publique, le directeur des affaires juridiques du CHRU de Lille est délégué par le Directeur Général pour présider la Commission.

Article 14 — Secrétariat de la Commission:

Le secrétariat de la Commission est assuré par la Direction des Affaires Juridiques du CHRU de Lille.

Article 15 — Moyens alloués à la Commission:

Le CHRU de Lille met à la disposition de la commission ainsi que des médiateurs les moyens matériels nécessaires à l'exercice de leurs missions : une salle de réunion ainsi qu'un temps de secrétariat permettant la mise en forme et la diffusion des comptes-rendus de médiations.

Article 16— Prise en charge des frais de mission des membres de la Commission :

Les représentants des usagers, membres de la Commission, ont la possibilité d'être indemnisés au titre des frais de déplacement effectués hors de la métropole lilloise, engagés pour les nécessités de cette mission.

Section 2 : Modalités de fonctionnement

Article 17 : La commission se réunit soit en formation restreinte, soit en formation plénière :

1°) Formation restreinte :

La formation restreinte se réunit mensuellement, à l'exception des mois où se tient une formation plénière.

La commission réunie en formation restreinte examine, en première intention, toutes les plaintes et réclamations, médiations et expression d'insatisfaction des usagers.

Si les membres de la formation restreinte l'estiment nécessaire, ils peuvent soumettre tout dossier en formation plénière sur simple demande au président.

Il est établi un compte-rendu des séances de la commission réunie en formation restreinte. Ce compte-rendu est adressé à chacun des membres de la commission.

La formation restreinte rend compte de ses travaux à la commission réunie en formation plénière.

2°) Formation plénière :

La commission se réunit en formation plénière au moins quatre fois par an.

Elle établit un bilan de l'ensemble de ses missions, soit :

- l'analyse récapitulative de l'ensemble des demandes de médiation, 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
- l'élaboration de recommandations
- le suivi de ses recommandations portées par le comité de suivi

Il est établi un compte-rendu des séances de la commission réunie en formation plénières. Ce compte-rendu est adressé à chacun de ses membres ainsi qu'au directeur général et au président de la CME du CHRU.

Article 18 — Ordre du jour de la Commission:

L'ordre du jour est arrêté par le président et adressé aux membres de la commission au moins huit jours avant la séance.

Article 19 — Convocations de la Commission:

La Commission se réunit sur convocation de son président.

Les convocations sont adressées à chacun des membres de la Commission, par courrier électronique, au moins huit jours avant la date de la réunion.

Un calendrier prévisionnel des réunions est établi annuellement.

Le président réunit la Commission si une demande en ce sens est formulée par la moitié au moins des membres ayant voix délibérative.

Article 20 — Audition d'experts:

La Commission peut entendre toute personne compétente sur les questions à l'ordre du jour.

Le Président de la Commission peut proposer d'inviter à la Commission une personne en raison de sa compétence ou de sa qualité.

Section 3 : Droits et devoirs des membres de la Commission

Article 21 — Accès aux données médicales:

Les membres de la Commission peuvent avoir accès aux données médicales relatives aux plaintes ou réclamations, sous réserve de l'obtention préalable de l'accord écrit de la personne concernée ou de ses ayants droit si elle est décédée.

Article 22 — Secret professionnel:

Les membres de la Commission, ou toute personne qui assiste à ses travaux, sont astreints au secret professionnel dans les conditions définies par les articles 226-13 et 226-14 du Code pénal.

Article 226-13 du code pénal : « La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est 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 15000 euros d'amende. »

Article 226-14 du code pénal : « L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique ;

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire ;

3° Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article ne peut faire l'objet d'aucune sanction disciplinaire.

Article 23 — Incompatibilités:

Les membres de la commission, autres que le président, concernés par une plainte ou une réclamation, ne peuvent siéger lorsque la commission délibère sur le dossier en cause.

Si le médiateur et ses suppléants sont simultanément concernés par une plainte ou une réclamation, leur mission est assurée par un agent désigné par le directeur général du CHU, lorsqu'il s'agit du médiateur non médecin, et par un praticien désigné par le président de la commission médicale d'établissement, lorsqu'il s'agit du médiateur médecin.

Section 4 : Comité de suivi des recommandations :

Les membres de la commission ont décidé de mettre en place un comité de suivi des recommandations.

Article 24 — Composition :

Ce comité de suivi des recommandations est composé de la manière suivante :

- un représentant des usagers
- un médiateur médical
- deux médiateurs non médicaux
- le représentant de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Il est animé par l'adjoint du directeur délégué aux affaires juridiques.

Article 25 — Missions :

Le comité de suivi des recommandations a pour missions de :

- garantir que les recommandations émises par les membres de la CRUQ et adoptées en séances sont portées à la connaissance des pôles, services et directions concernés,
- envisager avec les services concernés les mesures à mettre en place pour répondre à l'insatisfaction constatée
- obtenir des informations sur la mise en œuvre effective de ces mesures et en rendre compte aux membres de la CRUQ
- réaliser le bilan du suivi des recommandations pour l'année précédente

Chapitre 4 – Examen des plaintes et réclamations

Article 26 — Saisine du/des médiateur(s):

Le médiateur médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations qui mettent exclusivement en cause l'organisation des soins et le fonctionnement médical du service tandis que le médiateur non médecin est compétent pour connaître des plaintes ou réclamations étrangères à ces questions. Si une plainte ou réclamation intéresse les deux médiateurs, ils sont simultanément saisis.

Article 27 — Rencontre du médiateur avec le patient:

Le médiateur peut être saisi directement par l'auteur de la plainte ou de la réclamation ou par le président de la commission.

Dans tous les cas, le rendez-vous est organisé par le secrétariat de la CRUQ.

Sauf refus ou impossibilité de la part du plaignant, la rencontre a lieu si possible dans les huit jours suivant la saisine.

Si la plainte ou la réclamation est formulée par un patient hospitalisé, la rencontre interviendra dans toute la mesure du possible avant sa sortie de l'établissement.

Le chef du pôle est tenu informé de la date de la médiation.

Le médiateur peut rencontrer les proches du patient s'il l'estime utile ou à la demande de ces derniers.

Article 28 — Rapport du Médiateur:

Le médiateur adresse le compte rendu au président de la commission.

Celui-ci le transmet ensuite, accompagné de la plainte ou de la réclamation,

- au plaignant
- à chacun des membres de la commission
- au directeur du pôle concerné à l'attention du correspondant affaires juridiques
- au chef du pôle concerné et au responsable du service ou secteur de soins le cas échéant.

Article 29 — Avis ou recommandations de la Commission:

Au vu du compte rendu rédigé par le médiateur, la commission, réunie en formation restreinte, formule des recommandations en vue d'apporter une solution au litige ou tendant à ce que l'intéressé soit informé des voies de conciliation ou de recours dont il dispose.

En cas de nécessité, la commission peut rencontrer l'auteur de la plainte ou de la réclamation avant d'émettre son avis.

Elle peut également émettre un avis motivé en faveur du classement du dossier.

Dans le délai de huit jours suivant la séance, le président de la commission, au nom du directeur général de l'établissement, répond à l'auteur de la plainte ou de la réclamation en l'informant de l'avis de la commission.

Il transmet ce courrier à chacun des membres de la commission.

Chapitre 5 - Règlement intérieur

Article 30 — Elaboration et adoption du règlement intérieur:

La Commission établit son règlement intérieur.

Ce règlement a été adopté par la Commission à la majorité de ses membres lors de sa séance du 15 décembre 2009.

Article 31 — Publicité du règlement intérieur:

Le règlement intérieur de la Commission est tenu à la disposition des usagers qui en font la demande et des personnels de l'établissement.

Il est accessible sur le site intranet et internet du CHRU de Lille.

Règlement intérieur de la CSIRMT

Article 1. Objet du règlement intérieur :

Le présent règlement intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables à la CSIRMT et d'en définir les règles et modalités de fonctionnement complémentaires.

Il s'impose à tous les membres de la commission.

Chapitre 1 : Attributions et compétences de la CSIRMT

Article 2. Consultation de la CSIRMT :

La CSIRMT est consultée pour avis sur :

1. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élaboré par le coordonnateur général des soins ;
2. L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades ;
3. La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins ;
4. Les conditions générales d'accueil et de prise en charge des usagers ;
5. La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. La politique de développement professionnel continu.

Article 3. Information de la CSIRMT :

La CSIRMT est informée sur :

1. Le règlement intérieur de l'établissement
2. La mise en place de la procédure permettant à des professionnels de santé, exerçant à titre libéral, de participer à l'exercice des missions de service public attribuées à l'établissement ainsi qu'à ses activités de soins
3. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Article 4. Programme d'action pour la qualité des soins :

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribue à l'élaboration du programme d'action proposé par la CME pour l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers

Chapitre 2 : Composition de la CSIRMT

Article 5. Nombre et répartition des sièges :

La CSIRMT du CHRU de Lille est composée de 35 représentants élus des différentes catégories de personnels qui participent à la mise en oeuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Ces représentants élus forment trois collèges, chacun étant constitué d'un nombre de membres au moins égal à 10% du nombre total des membres élus de la commission :

1. 13 représentants du collège des cadres de santé

2. 17 représentants du collège des personnels infirmiers, de rééducation et médico-techniques
3. 5 représentants du collège des aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

Article 6. Membres ayant voix consultative :

Participent aux séances de la commission avec voix consultative :

1. Les directeurs des soins qui assistent le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
2. Les directeurs des soins chargés des instituts de formation et écoles paramédicaux rattachés à l'établissement
3. Un représentant des étudiants de troisième année nommé par le directeur de l'établissement sur proposition des directeurs des instituts de formation
4. Un élève aide-soignant nommé par le directeur de l'établissement sur proposition du directeur de l'institut de formation
5. Un représentant de la commission médicale d'établissement.

Article 7. Membres associés :

Toute personne qualifiée peut être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président ou d'un tiers de ses membres.

Ces membres associés assistent aux points de l'ordre du jour les concernant et sont informés des suites données au sujet étudié ou au point abordé avec eux.

Chapitre 3 : Election des membres de la CSIRMT

Article 8. Electeurs :

Sont électeurs les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires, et les agents contractuels en fonction dans l'établissement à la date du scrutin.

Au plus tard un mois avant le scrutin, le directeur publie par voie d'affichage la date retenue pour le vote, la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges.

Les agents recrutés postérieurement à cet affichage peuvent voter en justifiant de leur identité et de leur embauche. Les agents ayant définitivement quitté l'établissement depuis cet affichage perdent leur qualité d'électeurs.

Article 9. Candidatures :

La coordination générale des soins informe, par courrier nominatif, chacun des personnels concernés de la date prévisible du scrutin, des modalités de l'élection et de la possibilité de se porter candidat.

Ce courrier est en outre publié par voie d'affichage.

Les candidatures doivent être adressées à la coordination générale des soins qui les recueille et les valide puis répond à toute personne ayant ainsi déclaré sa candidature, par courrier, pour l'informer des suites qui y sont données.

La liste des candidats est ensuite publiée par voie d'affichage, au moins 1 mois avant le scrutin, par :

- les cadres supérieurs et cadres de santé des pôles d'activité et services du CHRU
- sur panneaux d'affichage des BEV de chaque site.

Cette liste est en outre adressée, pour information, aux personnes suivantes :

- le directeur général

- le directeur des ressources humaines,
- les chefs de pôle,
- les directeurs délégués aux pôles
- les directeurs de soins et chargés de missions de la coordination générale des soins.

Article 10. Date de l'élection :

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement qui la communique par voie d'affichage au moins un mois avant le déroulement du scrutin.

Article 11. Mode de scrutin :

Les personnels de chaque catégorie désignent leurs représentants à la commission par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à un tour.

Article 12. Organisation du scrutin :

Le scrutin est organisé par le directeur de l'établissement sur proposition du coordonnateur général des soins en ce qui concerne la tenue des bureaux de vote, la désignation des présidents et des scrutateurs ainsi que les horaires.

Toute personne souhaitant prendre part au scrutin doit justifier, auprès du bureau de vote, qu'elle est en droit de le faire. Elle présente à cet effet sa carte professionnelle ou, à défaut, un justificatif d'identité et d'embauche dans l'établissement.

Toute contestation est immédiatement soumise au coordonnateur général des soins et au directeur des ressources humaines, ou leurs représentants, qui statuent sur le champ en vérifiant la qualité d'électeur et l'appartenance à l'un des 3 collèges au moyen d'un listing actualisé des personnels titulaires, stagiaires et contractuels fourni par la direction des ressources humaines.

Le dépouillement s'effectue, en public, dès la clôture du scrutin.

Les contestations sont immédiatement soumises au coordonnateur général des soins et aux présidents des bureaux de vote qui statuent sans délai sur la validité des bulletins de vote.

Tout bulletin utilisé à d'autres fins que celles prévues, est considéré comme nul. Sera aussi considéré comme nul tout bulletin comportant soit le nom d'une personne qui n'est pas candidate soit une mention ou un signe distinctif quelconque, soit un nombre de candidats choisis supérieur au nombre de postes à pourvoir.

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes : la désignation des titulaires et des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues

Sont déclarés élus, en qualité de titulaires, les 35 candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix. Sont déclarés élus, en qualité de suppléants, les 35 candidats ayant ensuite obtenu le plus grand nombre de voix.

En cas de stricte égalité et si le nombre de candidats est supérieur au nombre d'éligibles par collège, un tirage au sort désigne le ou les candidats élus.

Article 13. Vote par correspondance :

Le vote peut se faire par correspondance au moyen du matériel mis à disposition par le CHRU et conformément aux instructions données à l'occasion de chaque scrutin.

Le bulletin de vote doit être inséré dans une première enveloppe de petit format (dite enveloppe n°1) non cachetée à placer dans une enveloppe (dite n°2) portant le logo du CHRU de Lille et étiquetée au nom de chacun des électeurs.

Cette enveloppe n°2 doit être cachetée et signée par l'électeur sur l'étiquette à son nom puis insérée dans une enveloppe (dite n°3) sur laquelle figure les coordonnées du CHRU et bénéficiant de la franchise postale.

Cet envoi doit parvenir, exclusivement par la voie postale, au bureau de vote avant la clôture du scrutin.

Article 14. Résultats du vote :

Le procès-verbal des opérations électorales est établi par le directeur de l'établissement et affiché immédiatement pendant six jours francs après le scrutin.

Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au directeur de l'établissement avant l'expiration de ce délai.

A l'issue de ce délai, le président du directoire arrête la liste des membres composant la commission au vu du résultat des élections.

La publication définitive des résultats est diffusée par l'intermédiaire des cadres supérieurs de santé, des cadres de santé des différents pôles d'activité et services du CHRU ainsi que par affichage sur les panneaux BEV de chaque site.

Les candidats élus sont informés par courrier individuel.

Article 15. Durée du mandat :

La durée du mandat des membres élus de la commission est de quatre ans.

Ce mandat est renouvelable.

Article 16. Cessation des fonctions :

Les membres titulaires ayant définitivement quitté l'établissement, ayant changé de grade ou ayant démissionné de leur mandat cessent d'appartenir à la Commission.

Ils y sont remplacés par le premier suppléant élu sur la liste du collège correspondant.

Lorsque le dernier suppléant d'un collège a été désigné comme membre titulaire, il est immédiatement pourvu au remplacement de l'ensemble des suppléants de ce collège par voie d'élections partielles dont les modalités d'organisation ne se différencient de celles d'une élection générale que dans la mesure où leur champ peut être limité à un seul collège de la CSIRMT et où les sièges à pourvoir sont exclusivement des sièges de suppléants.

Lorsque la ou les dernières vacances de siège interviennent dans les 7 mois qui précèdent les élections, celles-ci ne sont plus remplacées.

Chapitre 4 : Conditions d'exercice des membres de la CSIRMT
--

Article 17. Caractère gratuit des fonctions :

Les fonctions de membre de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques sont exercées à titre gratuit.

Article 18. Obligation de discrétion :

Les membres de la CSIRMT, 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.

Article 19. Lecture du règlement intérieur :

Chaque membre de la CSIRMT, à l'occasion de sa nomination en cette qualité, prend connaissance du présent règlement intérieur ainsi que des principales règles qui régissent les centres hospitaliers et universitaires.

A cette fin, le directeur de l'établissement fournit à chaque membre de la CSIRMT les documents nécessaires au bon exercice de ses fonctions et à la connaissance de l'établissement.

Chapitre 5 : Fonctionnement de la CSIRMT

Article 20. Présidence de la Commission :

La Commission est présidée par le coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 21. Bureau de la commission :

La Commission se dote d'un bureau, composé de 11 membres :

- le coordonnateur général des soins, président de la Commission
- un directeur des soins
- le représentant de la CSIRMT au Conseil de surveillance
- un représentant de la CSIRMT à la Commission Mixte
- le représentant de la CSIRMT à la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
- un représentant des écoles et instituts de formation
- 1 représentant du collège des cadres de santé
- 3 représentants du collège des personnels (dont deux choisis parmi les représentants des infirmiers et un parmi les représentants du personnel de rééducation et médico-technique)
- 1 représentant du collège des aides-soignants et auxiliaires de puériculture.

Le bureau de la Commission se réunit une fois par mois, le lundi qui précède la Commission médicale d'établissement.

Il est chargé de :

- Fixer avec le président, l'ordre du jour des réunions plénières
- Elaborer le calendrier des réunions de la Commission
- Examiner les questions proposées à la Commission
- Rédiger le compte-rendu de la Commission
- Diffuser le compte-rendu aux membres de la C.S.I.R.M.T.
- Préparer la représentation de la Commission aux instances
- Relayer les informations issues des instances afin que la Commission puisse dégager des pistes de réflexion

Article 22. Réunions :

La CSIRMT se réunit au moins 3 fois par an, sur convocation de son président, selon un calendrier prévisionnel établi en début d'année.

Le président de la Commission réunit en outre cette dernière à la demande du président du directoire, de la moitié au moins des membres de la commission ou du directeur général de l'agence régionale de santé.

Article 23. Ordre du jour :

L'ordre du jour est arrêté par le président de la Commission et adressé au moins 8 jours à l'avance à l'ensemble des membres ainsi qu'aux personnes siégeant à titre consultatif.

L'ordre du jour est communiqué au directeur de l'établissement, au président de la Commission médicale d'établissement et au directeur des ressources humaines.

Les questions soumises à la Commission pour examen, doivent parvenir au secrétariat de son président au moins quinze jours avant la séance, par courrier accompagné de toutes les pièces nécessaires.

Le président peut toutefois, en cas d'urgence appréciée par lui, les inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion.

Toute question spécifique à un secteur ou une unité de soins doit, préalablement à son inscription à l'ordre du jour, être portée à la connaissance du cadre supérieur de santé ou du cadre de santé de ce secteur ou de cette unité. Le cadre supérieur de santé ou le cadre de santé est alors convié à participer au débat, avec voix consultative s'il n'est pas, par ailleurs, membre délibérant de la Commission.

Le président peut, avec l'accord de la majorité des membres présents, reporter à une prochaine séance l'examen d'une ou plusieurs questions inscrites à l'ordre du jour.

Article 24. Suppléance :

Les 2 premiers membres suppléants de chaque collège sont invités à assister à chacune des séances de la C.S.I.R.M.T.

Les membres de la Commission qui ne pourraient pas assister à l'une des séances doivent en informer préalablement le secrétariat du président de la Commission.

En cas d'absence, le Président de la C.S.I.R.M.T. fait appel au premier membre suppléant du même collège.

Article 25. Quorum :

La commission délibère valablement lorsqu'au moins la moitié des membres élus sont présents.

Si ce quorum n'est pas atteint, une seconde réunion a lieu après un délai de huit jours. L'avis est alors émis valablement quel que soit le nombre de membres présents.

Article 26. 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.

Les votes par correspondance ou par procuration ne sont pas admis.

Les avis de la Commission sont adoptés à la majorité absolue des membres présents, la voix du président étant prépondérante en cas de partage.

A défaut de majorité absolue, un second tour est pratiqué et l'avis de la Commission est alors adopté à la majorité relative. En cas de partage égal des voix, un second tour de scrutin est organisé à l'issue duquel, en cas de nouvelle égalité, la voix du président est prépondérante.

Article 27. Compte-rendu :

Chaque séance de la Commission fait l'objet d'un compte rendu qui est adressé par le président de la Commission au président et au premier vice-président du directoire ainsi qu'aux membres de la Commission et aux Cadres Supérieurs de Santé Adjoints aux Chefs de Pôle dans un délai de quinze jours.

Ce compte rendu mentionne :

- la date et le lieu de la réunion,
- l'identité des membres présents,
- un rappel de l'ordre du jour et une brève synthèse des débats

Il est soumis à l'approbation des membres de la Commission lors de la séance suivante.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la Commission dans un rapport adressé au directoire.

Chapitre 6 : Représentation de la CSIRMT

Article 28. Directoire et Commission médicale d'établissement :

Le président de la Commission est membre de droit du directoire. Il assiste, avec voix consultative, aux réunions de la Commission médicale d'établissement.

Article 29. Conseil de surveillance :

La commission élit l'un de ses membres pour représenter le personnel non médical au Conseil de surveillance de l'établissement.

L'élection a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue des suffrages exprimés. Si cette majorité n'est pas atteinte au premier tour, un second tour est organisé. La majorité relative suffit au second tour. En cas de partage égal des voix, le doyen d'âge est élu parmi les candidats.

Article 30. Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge :

Un représentant de la Commission et son suppléant sont désignés par le président de la Commission pour siéger au sein de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.

Article 31. Commission Mixte

Le Président de la C.S.I.R.M.T. désigne les 4 représentants au sein de la Commission Mixte.

Article 32. Commissions et comités divers :

La Commission désigne ses représentants pour siéger aux différentes instances, commissions et comités et notamment :

- Comité de sécurité transfusionnelle : 1 représentant,
- Commission de formation (sous commission du CTE) : 1 représentant,
- Comité de lutte contre la douleur : 2 représentants,

Les représentants désignés informent la Commission des décisions prises lors des réunions auxquelles ils participent à ce titre.

Article 33. Entrée en vigueur et modifications :

Les dispositions des articles 5 et 8 à 16 du présent règlement intérieur de la CSIRMT constituent l'un des éléments du règlement intérieur de l'établissement. Elles sont entrées en vigueur, pour une durée indéterminée, à compter du ...

Elles pourront être modifiées, par décision du directeur général prise en concertation avec le directoire, après avis du CTE, de la CME et du Conseil de surveillance ainsi que de la CSIRMT.

Les autres dispositions du présent règlement intérieur sont entrées en vigueur, pour une durée indéterminée, lors de son adoption par la Commission aux termes d'une délibération en date du 18 octobre 2010.

Elles pourront être modifiées, dans le respect des textes en vigueur, par toute décision de la Commission prise à la majorité absolue.

Règlement intérieur de la Commission Médicale d'Établissement

Article 1. Objet du règlement intérieur

Le présent règlement intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables à la commission médicale d'établissement et d'en définir les règles et modalités de fonctionnement complémentaires.

Il s'impose à tous les membres de la Commission Médicale d'Établissement.

Chapitre 1 : Attributions et compétences de la Commission Médicale d'Établissement

Article 2. Politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins

La commission médicale d'établissement 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. La gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins et à prévenir et traiter l'iatrogénie et les autres événements indésirables liés aux activités de l'établissement ;
2. Les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire ;
3. La politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles ;
4. La prise en charge de la douleur ;
5. Le plan de développement professionnel continu pour le personnel médical, maïeutique, odontologique et pharmaceutique.

Article 3. Conditions d'accueil et prise en charge des usagers

La commission médicale d'établissement 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.

Article 4. Programme d'actions relatif à la qualité et la sécurité des soins et la prise en charge des usagers

La commission médicale d'établissement propose au directeur un programme d'actions concernant l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que les conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Ce programme prend en compte le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite de l'analyse des événements indésirables, notamment ceux liés aux soins.

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.

Il intègre le programme d'actions en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles visé à l'article suivant ainsi que bilan des actions d'amélioration dressé en la matière.

Le programme d'actions est assorti d'indicateurs de suivi et la commission médicale d'établissement élabore un rapport annuel qui en présente notamment l'évolution.

Ce programme d'actions et le rapport annuel sont tenus à la disposition du directeur général de l'agence régionale de santé par le directeur.

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge et la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribuent à l'élaboration de ce programme d'actions.

Article 5. Attributions spécifiques dans le domaine du bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux

La commission médicale d'établissement élabore :

1. un programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, en matière de bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ;
2. un bilan des actions d'amélioration en la matière ;
3. la liste des médicaments et dispositifs médicaux stériles dont l'utilisation est préconisée dans l'établissement ;
4. Des préconisations en matière de prescription des dispositifs médicaux stériles et des médicaments.

Le programme d'actions contribue au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient défini par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il comprend, le cas échéant, les actions nécessaires pour mettre en œuvre les engagements fixés dans le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations.

Il est intégré au programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins visé à l'article 4 du présent règlement intérieur.

En matière de matériovigilance et de traçabilité des dispositifs médicaux, la commission médicale d'établissement donne un avis préalable à la décision du directeur fixant la procédure écrite selon laquelle les données nécessaires à l'exercice de la traçabilité sont recueillies, conservées et rendues accessibles.

Article 6. Stratégie de l'établissement

La commission médicale d'établissement est consultée sur:

1. Le projet médical de l'établissement ;
2. Le projet d'établissement ;
3. Les modifications des missions de service public attribuées à l'établissement ;
4. La convention constitutive des centres hospitaliers et universitaires et les conventions passées en application de l'article L. 6142-5 ;
5. Les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement.

Elle est informée sur :

6. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens de l'établissement ;
7. Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement ;
8. Les contrats de pôles ;
9. Le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 7. Affaires financières et patrimoine

La commission médicale d'établissement est consultée sur les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux.

Elle est informée sur :

1. L'état des prévisions de recettes et de dépenses initial et ses modifications ;
2. Le compte financier et l'affectation des résultats ;
3. La programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Article 8. Organisation interne de l'établissement

La commission médicale d'établissement est consultée sur le règlement intérieur de l'établissement.

Elle est informée sur l'organisation interne de l'établissement.

Article 9. Ressources humaines et organisation du travail

La commission médicale d'établissement est consultée sur :

1. Le plan de développement professionnel continu relatif aux professions médicales, maïeutiques, odontologiques et pharmaceutiques ;
2. Les modalités de la politique d'intéressement et le bilan social.

Elle est informée sur :

3. Le bilan annuel des tableaux de service ;
4. la politique de recrutement des emplois médicaux ;
5. l'organisation de la formation des étudiants et internes et la liste des postes que l'établissement souhaite leur ouvrir.

Chapitre 2 : Composition de la Commission Médicale d'Etablissement

Article 10. Membres avec voix délibérative

La commission médicale d'établissement est composée de 67 membres répartis entre trois collèges.

La composition des collèges A et B garantit une représentation des grandes disciplines médicales existantes (médecine, chirurgie, biologie, anesthésie-réanimation, pharmacie, odontologie) et des différents statuts des praticiens titulaires.

Le collège A assure la représentation des structures.

Il est constitué de :

1. L'ensemble des chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques (collège A1)
2. Des représentants élus des responsables de structures internes (cliniques, services ou secteurs, unité fonctionnelle) (Collège A2).

La composition du collège A2 est déterminée en fonction de celle du collège A1 de manière à toujours garantir une stricte parité entre, d'une part, les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et, d'autre part, les représentants des praticiens hospitaliers.

Le collège B assure la représentation des praticiens titulaires. Il est constitué de 26 représentants élus à parité des personnels enseignants et hospitaliers titulaires et des praticiens hospitaliers titulaires de l'établissement.

Le collège C assure la représentation des autres personnels. Il est constitué de :

1. Quatre représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçants à titre libéral de l'établissement (Collège C1), dont :
 - au moins un Chef de Clinique ou un Assistant Hospitalo-Universitaire
 - au moins un Praticien Attaché en contrat à durée indéterminée (soit Praticiens Attachés ayant 5 ans d'ancienneté dans le statut) ;
2. Un représentant élu des sages-femmes titulaires (Collège C2) ;
3. Quatre représentants des internes, désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé, dont un interne de médecine générale, un interne de médecine des autres spécialités, un interne de pharmacie et un interne d'odontologie (Collège C3).

Article 11. Membres avec voix consultative

Assistent à la commission médicale d'établissement avec voix consultative :

1. Le président du directoire ou son représentant ;
2. Le directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ;
3. Le directeur d'unité de formation et de recherche de pharmacie ;
4. Le directeur d'unité de formation et de recherche d'odontologie ;
5. Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
6. Au titre de l'information médicale : le responsable du service « Département d'information médicale » ;
7. Le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ;
8. Au titre de l'équipe opérationnelle d'hygiène : le responsable de l'unité de lutte contre les infections nosocomiales ;
9. Un représentant des pharmaciens hospitaliers, désigné par le directeur.

Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix.

Le président de la commission médicale d'établissement demande au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé de désigner l'un des médecins de l'ARS pour siéger, avec voix consultative, au sein de la commission.

S'il n'en est pas déjà membre, le président y invite aussi le médecin responsable de la médecine du travail.

Chapitre 3 : Désignation des membres de la Commission Médicale d'Etablissement

Article 12. Membres de droit

L'ensemble des chefs de pôles d'activités cliniques et médico-techniques sont membres de droit de la commission médicale d'établissement du CHRU de Lille à compter de leur désignation dans ces fonctions.

Article 13. Election des membres de la CME

En dehors des membres de droit, des représentants des internes et des membres avec voix consultative, les sièges sont pourvus pour chaque catégorie de représentants par la voie de l'élection au scrutin secret uninominal majoritaire à deux tours.

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 quart du nombre des électeurs inscrits.

Un deuxième tour de scrutin est organisé si l'ensemble des sièges, des titulaires et suppléants, n'a pas été pourvu au premier tour. L'élection s'effectue alors à la majorité relative des suffrages exprimés.

Au premier et au second tour, si plusieurs candidats obtiennent un même nombre de suffrages, le plus âgé est déclaré élu.

Article 14. Electeurs

Sont électeurs les praticiens, titulaires ou contractuels, en position d'activité ou de congés à la date de la clôture définitive de la liste électorale à l'exclusion des chefs de pôle qui ne prennent pas part au vote.

Chaque électeur est inscrit sur l'une des 20 listes électorales établies, pour chaque collège, selon la discipline et la catégorie auxquelles il appartient conformément au tableau suivant :

Collège		Discipline	PU-PH	MCU-PH	H	Nombre de listes électorales à établir
A2	Représentants des structures internes	Médecine			1	1
		Chirurgie			1	1
		Biologie			1	1
		Anesthésie	1		1	2
B	Praticiens titulaires	Médecine	1		1	2
		Chirurgie	1		1	2
		Biologie	1	1	1	3
		Anesthésie		1	1	2
		Pharmacie	1		1	2
	Odontologie	1		1	2	
C	Praticiens non titulaires	4				1
	Sages femmes	1				1

Nul ne peut être électeur ou éligible à plus d'un titre.

Lors de l'établissement des listes électorales, les praticiens hospitaliers et les praticiens hospitalo-universitaires titulaires qui sont responsables d'une structure interne sont invités à préciser s'ils veulent être inscrits sur les listes du collège A-2 ou du collège B.

A défaut de réponse dans un délai de 15 jours à compter de cette demande, ils sont inscrits sur les listes du collège B.

Article 15. Eligibilité

Sous réserve des exceptions explicitement prévues par un décret ou arrêté (arrêté du 3/11/2005) relatif à la commission médicale d'établissement, toute personne inscrite sur une liste électorale peut présenter sa candidature à l'un des postes correspondants.

Ne sont pas éligibles :

- les consultants
- les MCU-PH (médecine et odontologie) stagiaires
- les personnels HU en position de délégation
- les praticiens hospitaliers en période probatoire
- les praticiens hospitaliers, assistants et praticiens attachés associés
- les praticiens attachés exerçant moins de 3 demi-journées hebdomadaires
- les personnels en congé maladie depuis plus d'un an ou en congé postnatal ou parental
- les praticiens contractuels (sauf les praticiens contractuels recrutés pour assurer certaines missions spécifiques, temporaires ou non, nécessitant une technicité et une responsabilité particulières et dont la liste est définie par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé).
- le personnel hospitalo-universitaire avec affectation hospitalière dans un établissement conventionné autre que le CHU d'appartenance (COL, GHICL, Tourcoing)
- le personnel en détachement ou mis à disposition totale d'une autre structure

Article 16. Organisation des élections

- Etablissement des listes électorales :

Les listes électorales sont préparées 3 mois avant la date du scrutin par la DIRAM.

La DIRAM interroge individuellement chaque praticien concerné afin de savoir s'il souhaite être inscrit sur une liste du collège A ou du collège B conformément aux prévisions de l'article 13 du présent règlement intérieur.

Un mois au moins avant le scrutin et durant 8 jours, le directeur publie par voie d'affichage la liste des électeurs et des éligibles ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges et pour chaque catégorie.

Pendant la durée de l'affichage, les électeurs et éligibles peuvent présenter des réclamations contre les erreurs ou omissions de ces listes. Le directeur général statue alors sans délai.

- Date de l'élection :

La date de l'élection est fixée par le directeur de l'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement en exercice.

Il la communique par voie d'affichage au moins un mois avant le déroulement du scrutin en même temps que les horaires d'ouverture et de clôture du scrutin

- Recueil des candidatures et publicité :

Quinze jours au moins avant la date du scrutin, toute personne souhaitant se porter candidate adresse une déclaration de candidature signée indiquant ses noms, prénoms, qualités ainsi que le collège, la discipline et la catégorie au titre desquels elle se présente.

Elle en informe le bureau de la CME ainsi que le directeur des affaires médicales qui vérifient la recevabilité de cette candidature au regard des listes électorales.

La liste des candidats est affichée par le directeur au moins dix jours avant la date du scrutin. Cette liste est en outre adressée pour information et diffusion aux chefs de pôles.

- Déroulement du scrutin :

Toute personne souhaitant prendre part au scrutin doit justifier, auprès du bureau de vote, de son identité.

- Vote par correspondance :

Le vote peut se faire par correspondance au moyen du matériel mis à disposition par le CHRU et conformément aux instructions données à l'occasion de chaque scrutin.

Le bulletin de vote doit être inséré dans une première enveloppe de petit format (dite enveloppe n°1) non cachetée à placer dans une enveloppe (dite n°2) sur laquelle figurent, au recto, le logo et les coordonnées du CHRU et bénéficiant de la franchise postale et, au verso, une étiquette au nom de l'électeur. Cette enveloppe n°2 doit être cachetée et signée par l'électeur au verso sur l'étiquette à son nom.

Cet envoi doit parvenir au bureau de vote avant la clôture du scrutin par la voie postale ou par remise à la direction de l'établissement conformément aux instructions données à l'occasion de chaque scrutin

- **Dépouillement :**

Le dépouillement s'effectue, en public, dès la clôture du scrutin en présence du président de la commission en exercice et de deux candidats désignés par tirage au sort

Sera considéré comme nul

- tout bulletin comportant plus de noms que de membres à élire
- tout bulletin comportant le nom d'une personne ne figurant pas sur la liste des candidats pour ce siège
- tout bulletin blanc
- tout bulletin ou enveloppe portant un signe distinctif quelconque

Les bulletins sont toutefois valables même s'ils comportent moins de noms que de membres à élire.

- **Proclamation des résultats :**

Un procès-verbal des opérations électorales est établi pour chaque tour de scrutin puis immédiatement affiché pendant six jours francs.

Durant ce délai, les éventuelles réclamations sur la validité des opérations électorales peuvent être adressées au directeur général de l'établissement.

Le directeur proclame ensuite les résultats, arrête la liste des membres de la commission médicale d'établissement ainsi que la liste des suppléants puis convoque les membres de la commission en vue de l'élection de son président.

Article 17. Désignation des praticiens Non titulaires du Collège C et Suppléants des Collèges A2 et B

La désignation des titulaires puis des suppléants est faite selon l'ordre décroissant du nombre de voix obtenues par chacun des candidats.

Sont d'abord déclarés élus, en qualité de titulaires, les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix dans la limite du nombre de sièges à pourvoir ; sont ensuite déclarés élus, en qualité de suppléants, les candidats ayant ensuite obtenu le plus grand nombre de voix, par ordre décroissant.

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

Article 18. Durée du mandat

La durée du mandat est fixée à quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

Article 19. Désignation des représentants des internes

Les représentants des internes sont désignés tous les six mois à chaque début de stage. Ils sont nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des organisations représentatives des internes siégeant au sein de la commission de subdivision dont relève l'établissement.

Article 20. Cessation des fonctions

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 premier suppléant inscrit sur la liste prévue à l'article 16 du présent règlement intérieur.

Lorsqu'un nouveau chef de pôle est nommé, la composition du collège A2 est modifiée de manière à garantir une stricte parité entre, d'une part, les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et, d'autre part, les représentants des praticiens hospitaliers.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, le nombre des membres de la commission médicale d'établissement est alors éventuellement augmenté jusqu'à l'expiration du mandat de cette commission.

Les fonctions des nouveaux membres prennent fin à l'issue du mandat des membres qui ont été remplacés.

En cas d'insuffisance du nombre de suppléants, il est procédé à des nouvelles élections dans la catégorie et la discipline concernée.

Chapitre 4 : Election du Président et du Vice-président de la Commission Médicale d'Etablissement

Article 21. Modalités d'élection du Président et du Vice-président

La commission élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires

Le président est élu parmi les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et le vice-président parmi les représentants des praticiens hospitaliers titulaires.

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.

Article 22. Durée du mandat du président de la commission médicale d'établissement

La durée du mandat de président de la commission médicale d'établissement est de quatre ans. Le mandat est renouvelable une seule fois.

Article 23. Incompatibilités

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement sont incompatibles avec les fonctions de chef de pôle.

Tout chef de pôle élu à la présidence de la commission médicale d'établissement démissionne, le jour même de cette élection, de ses fonctions de chef de pôle. Il est ensuite remplacé au sein de la commission par le chef de pôle qui lui succède.

Afin de maintenir l'égalité entre, d'une part, les représentants des personnels enseignants et hospitaliers et, d'autre part, les représentants des praticiens hospitaliers, le premier suppléant des représentants des praticiens hospitaliers de la même spécialité du collège B est intégré à la commission médicale d'établissement.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10, le nombre des membres de la commission médicale d'établissement est alors porté à 68 jusqu'à l'expiration du mandat de cette commission.

Article 24. Cessation de fonction et fin de mandat

Les fonctions de président de la commission médicale d'établissement prennent fin sur présentation de sa démission au président du directoire ou au terme du mandat de la commission médicale d'établissement qui l'a élu.

En cas d'empêchement, d'absence prolongée ou de démission du président de la commission

médicale d'établissement, ses fonctions au sein de la commission médicale d'établissement sont assumées par le vice-président de cette commission jusqu'à la désignation d'un nouveau président.

Chapitre 6 : Fonctionnement de la Commission Médicale d'Etablissement

Article 25. Fonctionnement de la Commission

Le président de la commission médicale d'établissement veille au bon fonctionnement de la commission.

L'établissement concourt au bon fonctionnement de la commission médicale d'établissement et met à sa disposition, à cette fin, des ressources humaines et matérielles.

Article 26. Réunions

La commission se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président qui en fixe l'ordre du jour, selon un calendrier prévisionnel établi en début d'année.

Elle est également réunie à la demande soit d'un tiers de ses membres, soit du président du directoire, soit du directeur général de l'agence régionale de santé sur l'ordre du jour qu'ils proposent.

Article 27. Ordre du jour

Sauf urgence, l'ordre du jour est arrêté par le Président de la Commission et envoyé au moins sept jours à l'avance aux membres de la commission et aux personnes qui sont conviées à la séance en qualité d'experts.

Article 28. Experts invités

Des personnalités extérieures ou des professionnels de santé compétents sur des questions inscrites à l'ordre du jour et dont l'expertise est utile au bon déroulement des travaux de la commission ou des différentes sous-commissions peuvent être appelés à intervenir en séance à l'invitation du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Article 29. Conditions d'exercice et obligation de discrétion

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 dont ils ont eu connaissance au cours de leurs travaux.

Article 30. Quorum

La commission ne peut délibérer valablement que lorsqu'au moins la moitié de ses membres ayant voix délibérative est présente.

Lorsque le quorum n'est pas atteint, une nouvelle réunion est organisée dans un délai de 3 à 10 jours avec le même ordre du jour. La commission peut alors valablement délibérer quel que soit le nombre des membres présents.

Article 31. Bureau de la CME :

La CME constitue un bureau composé des personnes suivantes :

- Son président
- Son vice-président
- Ses 2 représentants médicaux nommés par le directeur général au directoire.
- Ses 2 représentants médicaux titulaires siégeant au conseil de surveillance

- Les 5 présidents des sous-commissions énoncées à l'article 32 ou leur représentant
- 3 représentants des chefs de pôle représentant les trois spécialités de médecine, chirurgie, et médico-technique
- Des praticiens titulaires de l'établissement proposés es qualité par le Président

Chapitre 7 : Sous-commissions de la Commission Médicale d'Établissement

Article 32. Compétences des sous-commissions de la CME :

Dans le cadre de ses attributions réglementaires, la commission s'appuie sur 5 sous-commissions.

1) Sous-commission « qualité, sécurité des soins et prise en charge des usagers » de la CME

Sous réserve des compétences expressément attribuées à une autre sous-commission, la sous-commission « qualité, sécurité des soins et prise en charge des usagers » de la CME est compétente en ce qui concerne les attributions énumérées aux articles 2 à 5 du présent règlement intérieur.

2) Sous-commission « des effectifs médicaux et de la permanence des soins » de la CME

La sous-commission « des effectifs médicaux et de la permanence des soins » de la CME est compétente pour les attributions prévues aux points 3 à 5 de l'article 9 du présent règlement intérieur. Elle est aussi compétente pour ce qui concerne la permanence des soins.

3) Sous-commission « du développement professionnel continu » de la CME

La sous-commission « du développement professionnel continu » de la CME est compétente pour les attributions de la commission relatives au point 5 de l'article 2 du présent règlement intérieur.

4) Sous-commission « du projet médical et du suivi du projet d'établissement » de la CME

La sous-commission « du projet médical et du suivi du projet d'établissement » de la CME est compétente pour les attributions prévues aux articles 6 et 8 du présent règlement intérieur ainsi qu'en ce qui concerne les attributions de la commission relatives à l'EPRD et au compte financier.

5) Sous-commission « des investissements » de la CME

La sous-commission « des investissements » de la CME est compétente pour ce qui concerne les programmes d'investissement concernant les équipements médicaux ainsi que la programmation de travaux, l'aménagement de locaux ou l'acquisition d'équipements susceptibles d'avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins.

Article 33. Présidence des sous-commissions de la CME

La commission médicale d'établissement désigne, parmi ses membres, un président et un ou plusieurs vice-présidents pour chacune des sous-commissions de la CME.

Les fonctions de président de sous-commission sont incompatibles, sauf exception, avec les fonctions de chef de pôle.

La désignation des présidents et vice présidents assure, pour chacune des sous-commissions de la CME, la parité entre, d'une part, les personnels enseignants et hospitaliers et, d'autre part, les praticiens hospitaliers.

Article 34. Composition et organisation des sous-commissions de la CME

Les membres des sous-commissions sont désignés, parmi les praticiens de l'établissement, par le bureau de la commission médicale d'établissement. Le président en informe la commission ainsi que la direction du CHRU.

Chaque sous-commission de la CME adopte son règlement intérieur qui est soumis pour approbation à la commission médicale d'établissement.

Les sous-commissions de la CME peuvent être organisées en plusieurs groupes de travail en fonction de leurs compétences.

Article 35. Entrée en vigueur et modifications :

Les dispositions des chapitres 2 et 3 du présent règlement intérieur de la CME constituent l'un des éléments du règlement intérieur de l'établissement.

Les dispositions du chapitre 2 entreront en vigueur, pour une durée indéterminée, à compter de l'installation de la commission médicale d'établissement qui sera élue en 2011. Les dispositions du chapitre 3 entreront en vigueur, pour une durée indéterminée, à la date prévue par la décision du directeur général portant règlement intérieur du CHRU et prise en concertation avec le directoire, après avis du CTE, de la CME et du Conseil de surveillance. Elles pourront être modifiées selon la même procédure.

Les autres dispositions du présent règlement intérieur sont entrées en vigueur, pour une durée indéterminée, lors de son adoption par la commission médicale d'établissement aux termes d'une délibération en date du 7 décembre 2010.

Elles pourront être modifiées, dans le respect des textes en vigueur, par toute décision de la commission médicale d'établissement prise à la majorité absolue.

Annexe : Tableau de la composition de la Commission médicale d'établissement du CHRU de Lille, compte tenu de la composition du collège A au 13 septembre 2011.

	Collège	Nombre total de représentants	Discipline	Nombre de représentants HU		Nombre de représentants H	Mode de désignation
A	Chefs de Pôle	16	Médecine	8			De droit
			Chirurgie	5			
			Biologie	1			
			Anesthésie	1		1	
	Représentants des structures internes	16	Médecine			8	Election
			Chirurgie			5	
			Biologie			1	
			Anesthésie	1		1	
B	Praticiens Titulaires	26	Médecine	4 PU-PH		4	Election
			Chirurgie	2 PU-PH		3	
			Biologie	2PU-PH	2 MCU-PH	1	
			Anesthésie		1 MCU-PH	3	
			Pharmacie	1 PU-PH		1	
			Odontologie	1 PU-PH		1	
C	Praticiens non titulaires	4					Election
	Sages-femmes	1					Election
	Internes	4	Médecine générale			1	Désignation par le Directeur Général de l'ARS
			Médecine spécialités			1	
			Pharmacie			1	
Odontologie					1		



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

REGLEMENT INTERIEUR

Septembre 2011

Règlement intérieur du CHRU de Lille

Sommaire

I.Organisation administrative, obligations et droits du personnel	9
1.1.Organisation administrative et instances d'expression	9
Art 1 - Le CHRU, établissement public de santé	9
Art 2 - Le directeur général du CHRU de Lille et le Directoire	9
Art 3 - Missions et obligations du CHRU de Lille	10
Art 4 - Instances	10
Art 5 - Composition de la CME.....	11
Art 6 - Organes consultatifs spécialisés	11
Art 7 - Composition de la CSIRMT	12
Art 8 - Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge	12
Art 9 - Structuration en organisation en pôles au CHRU de Lille.....	13
Art 10 - Chefs de pôle	13
Art 11 - Management interne du pôle	14
Art 12 - Le conseil de pôle	14
Art 13 - Le bureau de pôle	15
Art 14 - Le directeur délégué auprès d'un pôle.....	15
Art 15 - Le directeur délégué à une transversalité	16
Art 16 - Le directeur de département	16
Art 17 - Le directeur délégué à une mission de conseil.....	16
Art 18 - Garde administrative	17
1.2.Obligations du personnel.....	17
1.2.1.Principes fondamentaux liés au respect du patient	17
Art 19 - Demande d'information	17
Art 20 - Secret professionnel.....	17

Art 21 -	Discrétion professionnelle et de réserve	18
Art 22 -	Respect de la personne et de son intimité	18
Art 23 -	Respect de la liberté de conscience et d'opinion	19
Art 24 -	Accueil et respect du libre choix des familles	19
1.2.2.Principes de la bonne conduite professionnelle		19
Art 25 -	Obligation de désintéressement	19
Art 26 -	Interdiction de cumul de fonction d'exercer une activité privée lucrative	19
Art 27 -	Interdiction de bénéficier d'avantages en nature ou espèces	20
Art 28 -	Exécution des instructions reçues	20
Art 29 -	Obligation de signalement des incidents soumis à la vigilance sanitaire	20
Art 30 -	Témoignage en justice	21
Art 31 -	Bon usage des biens de l'Hôpital	21
Art 32 -	Assiduité et ponctualité	21
Art 33 -	Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital	21
Art 34 -	Respect des règles d'hygiène et de sécurité	21
Art 35 -	Exigence d'une tenue correcte	22
Art 36 -	Comportement du personnel	22
Art 37 -	Identification des personnels	22
Art 38 -	Horaire de travail	22
1.3.Droits du personnel		23
Art 39 -	Liberté d'expression	23
Art 40 -	Droit syndical	23
Art 41 -	Liberté d'opinion	23
Art 42 -	Egalité de traitement en raison du sexe	23
Art 43 -	Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel	24
Art 44 -	Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral	24
Art 45 -	Droit à la protection dans l'exercice de ses fonctions	25
Art 46 -	Droit à des conditions d'Hygiène et de Sécurité	25
Art 47 -	Liberté syndicale	25
Art 48 -	Droit de grève	26
Art 49 -	Droit d'accès à son dossier individuel	26
II.Organisation de la prise en charge		26
2.1.Dispositions générales		26

Art 50 - Permanence et gardes médicales et pharmaceutiques.....	26
Art 51 - Visite médicale quotidienne	26
Art 52 - Personnel médical et continuité de service.....	27
Art 53 - Personnel médical à temps partiel et praticiens attachés	27
Art 54 - Internes.....	27
Art 55 - Etudiants chargés de fonctions hospitalières	28
Art 56 - Sages-femmes	28
Art 57 - Coordination des soins dispensés aux patients.....	28
Art 58 - Coordination Générale des Soins	28
Art 59 - Principes d'organisation de l'activité libérale.....	29
Art 60 - Service public hospitalier et activité libérale.....	30
2.1.1. Accueil et admission	30
Art 61 - Principe du libre choix du patient	30
Art 62 - Accès au soins des personnes démunies	31
Art 63 - L'accueil des patients	31
Art 64 - Livret d'accueil.....	31
Art 65 - Compétence du directeur en matière d'admission.....	32
Art 66 - Pièces à fournir au moment de l'admission	32
Art 67 - Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation	32
Art 68 - Admission programmée	33
Art 69 - Admission directe dans le pôle	33
Art 70 - Admission à la suite d'un transfert	33
Art 71 - Consultation externe	33
Art 72 - Tarifs des consultations externes.....	34
Art 73 - Protection maternelle et infantile.....	34
Art 74 - Centre spécialisé de soins aux patients toxicomanes	35
Art 75 - Centre Antipoison.....	35
Art 76 - Structures de soins alternatives à l'hospitalisation.....	35
Art 77 - Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (courte durée).....	35
Art 78 - Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires	36
2.1.2 Accueil en urgence	36
Art 79 - Plan d'accueil d'afflux massif de victimes	36
Art 80 - Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital.....	37
Art 81 - Accueil et admission en urgence	37

Art 82 - Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence	38
Art 83 - Inventaire à l'admission	38
Art 84 - Patients amenés par les forces de l'ordre	38

2.1.3. Soins et informations sur les soins (y compris les relations avec les partenaires extérieurs).....39

Art 85 - Consentement.....	39
Art 86 - Refus du consentement, refus des soins	40
Art 87 - Consentement des mineurs et des majeurs protégés ainsi que des personnes hors d'état de manifester leur volonté.....	40
Art 88 - Expression de la volonté des patients en fin de vie	41
Art 89 - Consentement et information médicale.....	41
Art 90 - Information du patient.....	42
Art 91 - La personne de confiance	42
Art 92 - Dossier médical du patient.....	43
Art 93 - Communication du dossier médical du patient	43
Art 94 - Clichés d'imagerie médicale du patient.....	44
Art 95 - Relation avec les familles	44
Art 96 - Secret de l'hospitalisation	44
Art 97 - Traitements informatiques.....	44
Art 98 - Informations nominatives et droit à l'information du patient	45
Art 99 - Plaintes, réclamations et voies de recours	45
Art 100 - Médiateur médical et non médical	45
Art 101 - Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge.....	46
Art 102 - Présence du médecin traitant	46
Art 103 - Transfusions sanguines et sécurité transfusionnelle	46
Art 104 - Recherches biomédicales	47
Art 105 - Prélèvements d'organes à des fins thérapeutiques ou scientifiques	48
Art 106 - Prélèvements de tissus, cellules et collecte de produits du corps humain	49
Art 107 - Dispositions particulières applicables aux prélèvements effectués sur certaines catégories de personnes décédées.....	50

2.1.4. Conditions de séjour..... 50

Art 108 - Règles générales	50
Art 109 - Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur	51
Art 110 - Horaires quotidiens du séjour hospitalier	51
Art 111 - Visites	51
Art 112 - Recommandations aux visiteurs	52
Art 113 - Service des repas.....	52
Art 114 - Autorisation de sortie.....	53

Art 115 - Exercice des cultes	53
Art 116 - Composition et missions du service social.....	53
Art 117 - Stagiaires extérieurs	53
Art 118 - Association des bénévoles.....	54
Art 119 - Accès des professionnels de la presse au CHRU de Lille.....	54
Art 120 - Utilisation de l'image du CHRU de Lille	55
Art 121 - Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs	55
Art 122 - Neutralité du service public	55
Art 123 - Droits civiques	55
Art 124 - Prestataires de service au sein de l'établissement	56
Art 125 - Interdiction des pourboires	56
Art 126 - Effets personnels.....	56
Art 127 - Courrier.....	56
Art 128 - Téléphone	57
Art 129 - Usage des téléviseurs	57
Art 130 - Animaux.....	57
2.1.5.Sortie du patient	57
Art 131 - Compétence du directeur délégué aux pôle en matière de sortie	58
Art 132 - Modalités de la sortie	58
Art 133 - Sortie contre avis médical	58
Art 134 - Sortie à l'insu du service	59
Art 135 - Sortie des nouveau-né	59
Art 136 - Sortie disciplinaire	59
2.1.6.Facturation.....	59
Art 137 - Principe du paiement.....	60
Art 138 - Tarif des prestations journalières.....	60
Art 139 - Forfait journalier	60
Art 140 - Paiement des frais de séjour et provisions	60
Art 141 - Prestations fournies aux accompagnants	60
2.2.Dispositions spécifiques.....	61
2.2.1.Personnes âgées (unités de soins de longue durée).....	61

Art 142 - Libre choix de la personne	61
Art 143 - Modalités de l'admission	61
Art 144 - Accueil	61
Art 145 - Frais de séjour.....	62
Art 146 - Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement	62
Art 147 - Projet de soins et projet de vie.....	62
Art 148 - Relations avec les familles	63
Art 149 - Protection des personnes vulnérables	63
Art 150 - Déroulement des soins.....	63
Art 151 - Liberté des patients et règles de vie	63
Art 152 - Argent liquide	64
Art 153 - Domicile.....	64
Art 154 - Personnalisation des chambres	64
Art 155 - Permission de sortie et congés	65
Art 156 - Hospitalisation en court séjour	65
Art 157 - Sortie disciplinaire	65
Art 158 - Sortie volontaire	65
2.2.2. Patients mineurs	65
Art 159 - Garde et protection des mineurs.....	65
Art 160 - Consultation pour les mineurs non accompagnés	66
Art 161 - Admission des patients mineurs	66
Art 162 - Mineurs présentés en urgence.....	66
Art 163 - Hospitalisation des enfants	66
Art 164 - Admission des patients mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance.....	67
Art 165 - Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation	67
Art 166 - Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation	67
2.2.3. Femmes enceintes	67
Art 167 - Admission en maternité.....	67
Art 168 - Secret de la grossesse ou de la naissance.....	68
Art 169 - Admission des femmes désirant subir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG).....	68
Art 170 - Dispositions particulières relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)	68
2.2.4. Patients étrangers	69

Art 171 - Admission des patients étrangers	69
2.2.5.Militaires et victimes de guerre.....	69
Art 172 - Admission des militaires.....	69
Art 173 - Admission des militaires en urgence.....	69
Art 174 - Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre.....	69
2.2.6.Patients souffrant de troubles mentaux et incapables majeurs	70
Art 175 - Admission des personnes atteintes de troubles mentaux.....	70
Art 176 - Gestion des biens des incapables majeurs.....	70
2.2.7.Patients gardés à vue et détenus	71
Art 177 - Admission des personnes gardées à vue	71
Art 178 - Admission des détenus	71
Art 179 - Soins dispensés en milieu pénitentiaire	71
Art 180 - Secteur d'admission des détenus	71
Art 181 - Surveillance des détenus	71
2.2.8. Autres cas particuliers	72
Art 182 - Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires	72
Art 183 - Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance	72
Art 184 - Admission des agents du CHRU de Lille	72
Art 185 - Admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation	72
2.3.Naissances et décès	74
Art 186 - Déclaration de naissance	74
Art 187 - Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale	74
Art 188 - Attitude à suivre à l'approche du décès	74
Art 189 - Annonce du décès.....	75
Art 190 - Formalités entourant le décès.....	75
Art 191 - Indices de mort violente ou suspecte.....	76
Art 192 - Dépôt des corps à la chambre mortuaire de l'hôpital	76
Art 193 - Transport sans mise en bière en chambre funéraire	76
Art 194 - Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille.....	77

Art 195 - Mise en bière et transport après mise en bière.....	77
Art 196 - Opérations funéraires.....	78
Art 197 - Don du corps.....	78
Art 198 - Objets abandonnés ou déposés par le défunt.....	79
Art 199 - Libre choix des opérateurs funéraires.....	79
Art 200 - Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires.....	80

III. Dispositions relatives à la sécurité et l'hygiène 80

Art 201 - Nature des règles de sécurité.....	80
Art 202 - Opposabilité des règles de sécurité.....	81
Art 203 - Accès au CHRU de Lille.....	81
Art 204 - Calme et tranquillité au sein du CHRU de Lille.....	82
Art 205 - Personnels de sécurité générale.....	82
Art 206 - Matériels de sécurité générale.....	82
Art 207 - Règles de responsabilité.....	83
Art 208 - Rapports avec l'autorité judiciaire.....	83
Art 209 - Rapports avec les autorités de police.....	83
Art 210 - Circonstances exceptionnelles.....	84
Art 211 - Recherche de la maîtrise des risques.....	84
Art 212 - Garde technique.....	85
Art 213 - Registre de sécurité du CHRU de Lille.....	85
Art 214 - Interdiction de fumer.....	86
Art 215 - Voirie du CHRU de Lille.....	86
Art 216 - Règles de compétence.....	86
Art 217 - Signalisation et sanctions.....	87

ANNEXES

- Annexe 1 : Règlement intérieur du conseil de surveillance
- Annexe 2 : Règlement intérieur du directoire
- Annexe 3 : Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement
- Annexe 4 : Règlement intérieur de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
- Annexe 5 : Règlement intérieur de la commission des relations avec les usagers
- Annexe 6 : Règlement intérieur type des pôles hospitalo-universitaires
- Annexe 7 : Charte d'utilisation des outils informatiques et de télécommunication



Règlement intérieur du CHRU de Lille

I. Organisation administrative, obligations et droits du personnel

1.1. Organisation administrative et instances d'expression

Art 1 - Le CHRU, établissement public de santé

Le CHRU de Lille est un Etablissement Public de Santé doté de la personnalité morale de droit public et de l'autonomie administrative et financière.

Son siège est fixé à Lille au 2, avenue Oscar Lambret.

Art 2 - Le directeur général du CHRU de Lille et le directoire

Le CHRU de Lille est dirigé par un directeur général, nommé par décret, qui en est le représentant légal.

Le directeur général assure la gestion et la conduite générale de l'établissement dont il règle l'ensemble des affaires autres que celles qui relèvent des compétences du conseil de surveillance ou impliquent une concertation préalable avec le directoire.

Il exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professionnels de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance du praticien dans l'exercice de son art.

Il est le garant de la neutralité du service public tel que défini par les textes et la jurisprudence administrative vis-à-vis des usagers comme des agents du CHRU de Lille.

Dans les matières prévues par la loi, le directeur prend ses décisions après concertation avec le directoire qui le conseille dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Le directoire approuve le projet médical et prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Il est composé de neuf membres dont une majorité de membres du personnel médical, pharmaceutique, maïeutique et odontologique.

Le directeur préside le directoire dont le président de la commission médicale d'établissement est le premier vice-président, chargé des affaires médicales. Le directeur général est assisté d'une équipe de direction.

Référence :

Le directeur - L6143-7 du Code de la Santé Publique.

Le directoire - L6143-7 du Code de la Santé Publique.

Art 3 - Missions et obligations du CHRU de Lille

Le CHRU de Lille est au service de la population à laquelle il assure les soins préventifs, curatifs ou palliatifs ainsi que les examens de diagnostic que requiert son état.

Il concourt à l'enseignement et à la recherche dans le domaine de la santé.

Il 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.

Le CHRU de Lille accueille et admet dans ses services toutes les personnes dont l'état de santé le nécessite sous réserve qu'elles n'entrent pas dans les conditions restrictives prévues à l'article 171 du présent règlement.

Aucune discrimination ne peut être établie entre les patients en ce qui concerne l'admission et les soins. De jour comme de nuit, et en toutes circonstances, le CHRU de Lille doit être en mesure d'accueillir les personnes dont l'état requiert ses services ; il assure leur admission soit dans sa propre structure, éventuellement en urgence, soit dans une autre structure de soins.

Les personnels du CHRU de Lille dispensent les soins dans le respect des règles déontologiques et professionnelles qui leur sont applicables, notamment en ce qui concerne le secret professionnel et l'information des patients et de leurs proches.

Le CHRU de Lille exerce ses missions sur le plan régional, voire interrégional.

Art 4 - Instances

Le CHRU de Lille est doté d'un **Conseil de surveillance** qui se prononce sur la stratégie de l'établissement et exerce un contrôle permanent sur sa gestion.

Le CHRU de Lille est doté des instances représentatives suivantes :

- Une **Commission Médicale d'Etablissement** (CME) qui représente au sein de l'établissement les personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques.
- Un **Comité Technique d'Etablissement** (CTE) qui représente au sein de l'établissement les personnels relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires.

Référence :

Le Conseil de surveillance - L6143-1 du Code de la Santé Publique.

La Commission Médicale d'Établissement - L6144-1 du Code de la Santé Publique.

Le Comité Technique d'Établissement - L6144-3 du Code de la Santé Publique.

Art 5 – Composition de la Commission médicale d'établissement

La Commission médicale d'établissement est composée conformément aux règles définies au chapitre 2 de son règlement intérieur joint en annexe N° 3 au présent règlement.

Ses membres sont désignés conformément aux règles définies au chapitre 3 de cette même annexe.

Référence :

R6144-3-1 et R6144-3-1 du Code de la Santé Publique.

Art 6 - Organes consultatifs spécialisés

Le CHRU de Lille comprend les organes consultatifs spécialisés suivants :

- Un **Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail central et des Comités d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail locaux**, contribuant à la protection de la santé et de la sécurité des salariés du CHRU de Lille et de ceux mis à disposition par une entreprise extérieure, y compris les travailleurs temporaires, ainsi qu'à l'amélioration des conditions de travail, qui disposent de pouvoirs propres déterminés par le Code du Travail.
- Un **Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales**, surveillant les infections, promouvant la formation à l'hygiène, établit un rapport d'activité et propose des recommandations.
- Une **Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-technique** représentant au sein de l'établissement les différentes catégories de personnels du service de soins infirmiers. Elle permet aux personnels soignants de formuler des avis et propositions sur l'organisation générale des soins infirmiers de rééducation et médico-technique et l'accompagnement des patients dans le cadre d'un projet de soins infirmiers. Elle donne également son avis sur les grandes orientations de la recherche, sur l'évaluation d'une politique de formation, sur le projet d'établissement.
- Une **Commission d'Activité Libérale**, veillant au bon déroulement de ces activités médicales au sein du CHRU.

Une **Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge**, chargée d'assister et d'orienter toute personne qui désire se plaindre du fait de l'activité de l'établissement et qui lui indique les voies de conciliation et de recours dont elle dispose. Elle formule par ailleurs des recommandations sur les conditions de la prise en charge des patients dans son rapport annuel. Le président de la Commission tient à la disposition de ses membres l'ensemble des plaintes et réclamations dont il présente un bilan annuel joint au rapport de la Commission.

- Un **Comité de Sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance** contribuant à l'amélioration de la sécurité transfusionnelle des patients et veillant à la mise en œuvre des règles et procédures légales d'hémovigilance.
- Des **Commissions Administratives Paritaires Locales**, compétentes sur toutes questions concernant notamment la titularisation, la carrière, l'avancement, la notation et la discipline du fonctionnaire.

Référence :

*Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail - L4612-1 du Code du Travail.
Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge – R1112-80 du code de la santé publique*

Art 7 – Composition de la Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est composée conformément aux règles définies au chapitre 2 de son règlement intérieur joint en annexe N° 4 au présent règlement.

Ses membres sont désignés conformément aux règles définies au chapitre 3 de cette même annexe.

Référence :

R6146-12 et R6146-13 du code de la santé publique

Art 8 – Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge

La Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge est composée conformément aux règles définies au chapitre 2 de son règlement intérieur joint en annexe N° 5 au présent règlement.

Le président de la Commission tient à la disposition de ses membres l'ensemble des plaintes et réclamations dont il présente en outre un bilan annuel joint au rapport de la Commission.

Référence :

R1112-80 et R1112-81 du code de la santé publique

Art 9 – Structuration et organisation en pôles du CHRU de Lille

Conformément à la loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 juillet 2009 et afin de répondre aux enjeux de valorisation des missions de soins, d'enseignement et de recherche du CHRU de Lille, une nouvelle organisation en 15 pôles hospitalo-universitaires (cliniques et médico-techniques) a été arrêtée à compter du 1er septembre 2010.

Les pôles hospitalo-universitaires sont porteurs des dimensions de recherche, d'innovation, de recours et d'enseignement tout en respectant l'identité et la dynamique de chaque discipline clinique et médico-technique.

Les pôles respectent des logiques médicales et permettent la création de filières de soin claires et identifiées pour le patient. Certains pôles réunissent ainsi des disciplines médicales et chirurgicales, et regroupent entre 300 et 900 professionnels.

Les pôles d'activité sont organisés en 4 échelons de responsabilité :

- Le pôle
- Un(e) ou plusieurs clinique(s) ou institut(s)
- Des services
- Des unités fonctionnelles

Une unité commune de recherche est directement rattachée au pôle en vue d'obtenir une meilleure lisibilité de la dimension recherche.

Cette structuration interne relève d'une décision du Directeur Général et est régulièrement mise à jour selon la procédure interne au CHRU de Lille.

Un responsable médical est désigné pour chacune de ces structures internes.

Référence : L6146-1 du code de la santé publique

Art 10 – Chefs de Pôle

Le chef de pôle est nommé par le Directeur Général, parmi les PU-PH, PH, praticiens contractuels et contractuels associés, sur présentation d'une liste de trois noms élaborée conjointement par le président de la CME et le directeur de l'UFR médicale.

La durée du mandat de chef de pôle est de quatre ans, renouvelable.

Le chef de pôle exerce les compétences suivantes :

- il est l'interlocuteur auprès de la Direction Générale et des instances du Centre Hospitalier Régional Universitaire pour les questions qui relèvent de la compétence du pôle, dans la limite du mandat qu'il a reçu du CHRU de Lille ;
- il met en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle dans le contrat interne dont il est signataire ;
- il organise le fonctionnement technique 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, des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de Pôle et des processus institutionnels ;

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

La mise en œuvre détaillée de ces compétences au CHRU de Lille est décrite au sein du socle institutionnel du contrat interne type des pôles d'activité.

Art 11 – Management interne du pôle

L'organisation managériale interne au pôle s'appuie sur le « trio managérial » qui est composé du :

- Chef de pôle
- Cadre supérieur de santé
- Cadre(s) gestionnaire(s)

Le chef de pôle est par ailleurs entouré de chefs de pôle adjoints, responsables médicaux des structures de premier niveau du pôle qui participent au management et à la démarche de contractualisation interne du pôle et sont membres de droit des instances du pôle.

Le chef de pôle peut attribuer le titre d'adjoint à tout membre de l'équipe médicale :

- responsable d'une structure n'étant pas directement rattachée au pôle ;
- référent ou porteur d'une responsabilité transversale du pôle.

Les adjoints sont membres de droit du conseil et du bureau de pôle.

Art 12 – Le Conseil de Pôle

Le conseil de pôle est l'instance privilégiée de représentation, de concertation et de communication à l'intérieur du pôle. Il permet l'expression des personnels ainsi que les échanges d'information au sein du pôle.

Le chef de pôle préside et anime le conseil de pôle.

Le conseil de pôle est composé de trois catégories de membres :

- des membres de droit (chef de pôle, cadres supérieurs et cadre gestionnaire, chefs de pôle adjoints) ;
- Des membres élus issus des personnels médicaux et non médicaux ;
- Des membres invités ou associés.

Le conseil de pôle est constitué de soixante membres pouvant prendre part à la concertation dont les deux tiers sont des membres élus.

Le conseil de pôle permet d'organiser une concertation ou une information sur toutes les questions touchant au fonctionnement, aux structures ou aux projets du pôle, dans le respect des compétences de chacune des instances du CHRU.

Il a notamment vocation à être associé sur des thématiques comme l'élaboration du projet de pôle dans le cadre du projet d'établissement, la démarche de contractualisation interne, les résultats d'activité et l'équilibre recettes-dépenses, les résultats du pôle en matière d'indicateurs de qualité des soins, la mise en œuvre de projets organisationnels.

La concertation est formalisée sur certains sujets, spécifiquement prévus dans le contrat interne type en vigueur au CHRU.

L'organisation des élections et le fonctionnement des conseils de pôle sont formalisés dans le règlement intérieur des pôles hospitalo-universitaires annexé en pièce jointe au présent règlement.

Art 13 – Le bureau de pôle

Le bureau de pôle est présidé et animé par le chef de pôle.

Il comporte trente membres : les membres de droit siégeant au conseil de pôle, ainsi que deux représentants de chacun des 5 collèges médicaux et non-médicaux élus au conseil de pôle, soit 10 représentants. Sa composition est précisée par le règlement intérieur des pôles hospitalo-universitaires joint en annexe N°6 du présent règlement.

Le bureau de pôle a pour mission de préparer, d'instruire ou d'être concerté sur les dossiers qui lui sont soumis par le chef de pôle. Il peut élaborer des propositions en vue du conseil de pôle.

Art 14 - Le directeur délégué auprès d'un pôle

Placé auprès du directeur général, le directeur de pôle a pour mission de :

- Elaborer, en liaison étroite avec le coordonnateur de pôle, le projet médical du pôle et participer à l'élaboration et à l'actualisation du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens du CHRU de Lille ;
- Garantir la mise en œuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectifs et de moyens du CHRU ;
- Porter et expliquer la politique générale du CHRU auprès des différents interlocuteurs au sein de l'établissement ;
- Développer la contractualisation interne ;
- Représenter la direction générale auprès du pôle en constituant un interlocuteur de proximité et à ce titre, représenter l'institution aux conseils de pôle ;
- Participer aux instances institutionnelles et d'arbitrages du CHRU ;
- Contribuer au développement des relations clients fournisseurs entre les départements et les pôles ;
- Informer la direction générale de la marche générale des pôles (*reporting*) ;
- Contribuer à l'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des patients et à l'organisation optimale de cette prise en charge ;
- Porter l'image de marque du CHRU ;
- Contribuer à la prévention des risques et à la mise en œuvre des procédures de vigilance sanitaire ;
- Veiller à la qualité du climat social et contribuer à l'amélioration des conditions de travail du personnel ;

- Veiller à la justesse et à la cohérence de la répartition des moyens humains, budgétaires, équipements au regard de l'activité.

Art 15 - Le directeur délégué à une transversalité

Placé sous l'autorité du directeur général, le directeur délégué à une transversalité a pour mission, en lien avec le délégué aux transversalités, de :

- Favoriser l'organisation et la structuration de la transversalité considérée, sous la forme notamment de fédérations, de proposer toutes initiatives dans ce sens et de s'assurer du fonctionnement opérationnel de la structure mise en place ;
- Promouvoir l'émergence d'une démarche de projet, appliquée à la transversalité dont il a la charge, dans la perspective notamment du prochain projet médical ; dans ce cadre le directeur délégué accompagne la conception, la mise en œuvre et le suivi du projet de la transversalité en mobilisant toutes les ressources internes ou externes requises ;
- Représenter le directeur général, tant au sein du CHRU de Lille qu'à l'extérieur de l'établissement, pour toute question ayant trait à la transversalité dont il a la charge ;
- Le directeur délégué à une transversalité assure sa mission en relation étroite avec le coordonnateur médical désigné par la CME. et favorise l'action de celui-ci par tout moyen approprié ; ils en rendent compte de manière périodique au directeur général et au président de la CME.

Art 16 - Le directeur de département

Placé auprès du directeur général adjoint, les départements ont pour missions de :

- Elaborer, dans le cadre du comité de pilotage des ressources opérationnelles, la politique de mobilisation des moyens permettant la réalisation des objectifs de politique générale, notamment en matière de décentralisation ;
- Engager les dépenses dans la limite des crédits autorisés des budgets rendus exécutoires par la direction financière ;
- Contrôler la liquidation des dépenses engagées au titre des délégations dans la limite des crédits autorisés ;
- Définir les règles de gestion des moyens opérationnels entrant dans leur champ de compétences et contrôler qu'elles sont appliquées ;
- Elaborer en lien direct avec les pôles des conventions de prestations visant l'amélioration continue de la qualité de service rendu au patient.

Art 17 - Le directeur délégué à une mission de conseil

Les unités de conseil et délégations sont placées directement auprès du directeur général. Elles ont pour mission de :

- Conseiller le directeur général dans la définition de la politique générale : orientations stratégiques médicales, politique financière, politique qualité, politique communication, politique de coopération inter-hospitalière et internationale, structurations médicales ;
- Assurer une veille stratégique et réglementaire ;
- Conseiller le directeur général dans sa fonction de représentant de l'établissement dans les actes civils et juridiques ;
- Conseiller le directeur général dans le domaine de la sécurité des biens et des personnes ;
- Proposer au directeur général des outils de pilotage institutionnels et des indicateurs de performance lui donnant une visibilité sur le climat social, l'activité de l'établissement, les grands équilibres financiers et budgétaires, la qualité du service rendu au patient ;

Art 18 - Garde administrative

Pour répondre à la nécessité de la présence permanente, sur place, d'une autorité responsable, les directeurs du CHRU de Lille et certains de leurs collaborateurs, choisis en raison de leurs fonctions, organisent un service de garde administrative.

Les directeurs et certains de leurs collaborateurs organisent également la garde technique conformément aux dispositions de [l'article 212 du présent règlement](#).

1.2. Obligations du personnel

1.2.1. Principes fondamentaux liés au respect du patient

Art 19 - Demande d'information

Les personnels hospitaliers ont le devoir de satisfaire aux demandes d'information des usagers dans le respect des règles mentionnées [par l'article 20 et l'article 21 du présent règlement](#).

Art 20 - Secret professionnel

Le secret professionnel, institué dans l'intérêt des patients, s'impose à tous. Le secret professionnel couvre tout ce qui est venu à la connaissance des personnels dans l'exercice de leur activité, c'est-à-dire non seulement ce qui leur a été confié, mais également ce qu'ils ont vu, entendu ou compris.

Le professionnel de santé 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 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 de toute nature ont été commises.

Le secret professionnel peut également être levé dans d'autres cas prévus par la réglementation, comme par exemple les déclarations de maladies obligatoires.

En cas de non-révélation d'actes de cette nature dont il a eu connaissance, le médecin doit prendre toute mesure pour en limiter les effets et en empêcher le renouvellement.

Les fonctionnaires en exercice à l'hôpital et les chefs de pôle, en leur qualité d'autorité constituée, sont tenus par les dispositions de l'article 40 du Code de Procédure Pénale et doivent porter à la connaissance des autorités judiciaires les crimes et délits dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leurs fonctions. Ils en tiennent informés le directeur général.

Tout professionnel ayant connaissance de mauvais traitements dont aurait été victime un patient durant son séjour à l'hôpital est tenu de les révéler conformément au protocole établi à cette fin, notamment en informant son supérieur hiérarchique.

Le fait qu'un professionnel a ainsi révélé de mauvais traitements infligés à un patient durant son hospitalisation ne peut être pris en considération pour décider de mesures défavorables le concernant en matière d'embauche, de rémunération, de formation, d'affectation, de qualification, de classification, de promotion professionnelle, de mutation ou de renouvellement du contrat de travail, ou pour décider la résiliation du contrat de travail ou une quelconque sanction disciplinaire.

Référence :

Article 40 du Code de Procédure Pénale

Article 226-14 du Code Pénal

Article 6 ter de la loi du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005

Art 21 - Obligation de discrétion professionnelle et de réserve

Indépendamment des règles instituées en matière de secret professionnel, les personnels de l'hôpital 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.

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 l'autorité dont ils dépendent.

Tout personnel doit observer, dans l'expression de ses sentiments et de ses pensées, une réserve compatible avec la nature de ses fonctions.

Le personnel ne peut porter préjudice ni par ses paroles, ni par ses actes à l'établissement, au personnel, au patient.

Art 22- Respect de la personne et de son intimité

Le respect de l'intimité et de la dignité du patient doit être préservé lors des soins, des toilettes, des consultations, des visites médicales, des traitements pré et post-opératoires, des radiographies, des brancardages et, d'une manière générale, à tout moment de son séjour hospitalier dans la limite des moyens mis à disposition.

Les patients accueillis ne peuvent être amenés à participer à des présentations de cas destinées à des étudiants ou stagiaires sans avoir donné au préalable leur consentement. Il ne peut être passé outre à leur refus.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer dans la chambre du patient et n'y pénétrer, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par l'intéressé.

Le tutoiement et toute forme de familiarité avec les patients sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

L'hôpital prend les mesures qui assurent la tranquillité des patients et réduisent aux mieux les nuisances liées notamment au bruit et à la lumière, en particulier aux heures de repos et de sommeil.

Art 23 - Respect de la liberté de conscience et d'opinion

La personne accueillie est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées mais ne doivent pas perturber le fonctionnement normal de l'établissement.

Référence : Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé.

Art 24 - Accueil et respect du libre choix des familles

Les familles doivent être accueillies et informées avec tact et ménagement, en toute circonstance.

Le libre choix des familles doit être rigoureusement respecté lorsque celles-ci désirent faire appel à des entreprises privées de transports sanitaires ou à des opérateurs funéraires, par exemple.

1.2.2. Principes de la bonne conduite professionnelle

Art 25 - Obligation de désintéressement

Il est interdit à tout membre du personnel de l'hôpital d'avoir, dans une entreprise en relation avec son service ou l'hôpital, des intérêts de toute nature susceptibles de compromettre son indépendance.

Art 26 - Interdiction de cumul de fonction d'exercer une activité privée lucrative

Les personnels non médicaux de l'hôpital sont tenus de se consacrer à leurs fonctions. Il leur est interdit d'exercer, à titre professionnel, une activité privée lucrative, de quelque nature qu'elle soit.

Il ne peut être dérogé à cette interdiction que dans les conditions prévues par la réglementation générale sur les cumuls.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 - Article 25 et Décret n°2007-658 du 2 mai 2007

Art 27 - 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 de la part d'entreprises assurant des prestations, produisant ou commercialisant des produits pris en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

Cette interdiction générale ne concerne pas les activités de recherche ou d'évaluation scientifique, dès lors que ces avantages matériels restent accessoires par rapport à l'objet scientifique et professionnel et qu'ils ne sont pas étendus à des personnes autres que les professionnels directement concernés.

Les agents ne doivent accepter des patients ou de leurs familles aucune rémunération liée à l'exécution de leur service.

Art 28 - Exécution des instructions reçues

Tout personnel de l'hôpital est responsable de l'exécution des tâches qui lui sont confiées.

Il doit se conformer aux instructions écrites ou orales de son supérieur hiérarchique, sauf dans le cas où l'ordre donné est manifestement illégal et de nature à compromettre gravement un intérêt public ou si celui-ci met en danger sa propre vie ou celle d'autrui.

Le personnel doit utiliser les moyens de protection et de prévention mis à disposition par l'employeur pour garantir sa sécurité.

La responsabilité propre de ses subordonnés hiérarchiques ne dégage pas l'agent de ses propres responsabilités.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 - Article 28

Art 29 - Obligation de signalement des incidents soumis à la vigilance sanitaire

Tout professionnel de santé ayant connaissance d'un effet indésirable grave ou inattendu ou d'un incident (ou risque d'incident) mettant en cause un dispositif médical, un produit sanguin labile, un médicament ou tout autre bien utilisé à l'hôpital est tenu de signaler l'événement immédiatement à son supérieur hiérarchique ainsi qu'au correspondant local assurant au sein de l'établissement la centralisation des informations dans son domaine de compétence.

Le médecin référent du patient lors de son séjour au CHRU de Lille est tenu de l'informer des effets indésirables et événements indésirables, en particulier iatrogènes qu'il a subis.

Les domaines de vigilances sanitaires et réglementaires dont le traitement est obligatoire sont les suivants :

- la pharmacovigilance
- la matériovigilance
- la nosovigilance
- l'hémovigilance
- l'anesthésiovigilance
- la réactovigilance
- la toxicovigilance
- la biovigilance

- la radiovigilance

Art 30 - Témoignage en justice

Tout agent de l'hôpital, lorsqu'il est appelé à témoigner en justice ou auprès des autorités de police sur des affaires ayant un rapport avec le fonctionnement du service, doit en prévenir le directeur général et, à l'issue de son audition en justice ou auprès des autorités de police, l'en informer.

Art 31 - Bon usage des biens de l'hôpital

Les membres du personnel doivent veiller à conserver en bon état les locaux, le matériel, les effets et objets de toute nature mis à leur disposition par l'hôpital. En cas de non-respect délibéré des instructions de maintenance, d'entretien et d'utilisation des matériels, l'hôpital sera amené à exiger un remboursement. Les instructions d'entretien des locaux et du matériel doivent être suivies scrupuleusement.

Art 32 - 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.

Tout personnel absent pour maladie doit faire parvenir à l'administration un certificat médical dans les 48 heures, après avoir veillé à informer son supérieur hiérarchique dans la mesure du possible.

Art 33 - Obligation de déposer argent, valeurs ou objets confiés par les patients ou trouvés dans l'hôpital

Aucun agent de l'hôpital ne doit conserver par-devers lui des objets, documents ou valeurs confiés par des patients.

Conformément à l'article 109 du présent règlement, ces objets, documents ou valeurs doivent être déposés sans délai auprès de la régie comptable de l'établissement ou, en dehors des heures d'ouverture de la caisse, dans les coffres destinés à cet usage.

Tout objet, document ou valeur découvert ou trouvé au sein de l'hôpital doit être directement remis au cadre de sécurité générale désigné par le directeur général, afin qu'il en organise la centralisation et en assure la restitution.

Art 34 - Respect des règles d'hygiène et de sécurité

Tous les personnels de l'hôpital doivent observer strictement les règles d'hygiène et de sécurité matérialisées ou non qui les concernent pendant l'exécution de leur service. Ils doivent à cet effet porter, en présence des patients, les tenues fournies par l'établissement quand elles sont mises à disposition en quantité suffisante.

En revanche, ils ne doivent pas porter les vêtements spécifiques des zones à risque sanitaire en dehors de ces zones, en particulier l'accès aux espaces de restauration, les salles de réunion. Ils ont l'obligation de participer aux mesures de prévention et aux actions de formations spécifiques pour assurer la sécurité générale de l'hôpital et de ses usagers.

Art 35 - Exigence d'une tenue correcte

Une tenue correcte tant dans le comportement que dans le langage est exigée de l'ensemble du personnel.

Le tutoiement et toute forme de familiarité vis-à-vis des subordonnés sont proscrits, sauf en cas d'accord explicite de ces derniers.

Art 36 - Comportement du personnel

Toute consommation de boissons alcoolisées ou de produits illicites est prohibée sur le lieu de travail.

Une charte relative à la prévention du risque alcool existe au CHRU de Lille et rappelle la conduite à tenir en cas de difficultés liées à l'alcool. De même, la consommation du tabac est défendue sur ce même lieu comme le stipule *l'article 214 du présent règlement*. Un plan de prévention et de lutte contre le tabagisme est applicable au CHRU de Lille suite à une délibération du Conseil d'Administration de décembre 2005.

L'usage abusif du téléphone, des systèmes et équipements informatiques à des fins personnelles est interdit pendant le temps de travail. Une charte relative à l'utilisation des outils de communication (téléphone, fax, systèmes et équipements informatiques ou portables) existe au CHRU de Lille et rappelle à tous les utilisateurs les règles à suivre. Cette charte est disponible en ligne sur le site intranet du CHRU de Lille. Elle est remise par ailleurs à tous les personnels lors de la journée d'accueil aux nouveaux recrutés.

Référence : Article R4228-20 du Code du Travail.

Art 37 - Identification des personnels

Afin de se faire connaître aux patients et à leurs familles, les personnels de l'hôpital sont tenus de porter en évidence, pendant l'exécution de leur service, la carte d'établissement du CHRU de Lille.

Ces dispositions s'appliquent également aux personnes bénévoles visées à *l'article 118 du présent règlement*.

Art 38 - Horaires de travail

Les horaires de travail des personnels sont établis dans le respect des dispositions générales réglementaires et locales relatives à la durée du travail.

1.3. Droits du personnel

Art 39 - Liberté d'expression

Un droit à l'expression directe et collective est reconnu à l'ensemble des personnels. Ce droit s'exerce notamment dans le cadre des conseils de pôles d'activité, conseils des départements, direction ou délégations. Il s'exerce également par l'intermédiaire de l'expression syndicale.

Art 40 - Droit syndical

Le droit syndical est garanti aux personnels de l'hôpital par la réglementation et le directeur général.

Le directeur général accorde, sous réserve des nécessités de service, des facilités au personnel pour assister aux réunions d'informations syndicales. Les organisations syndicales représentatives peuvent tenir des réunions, disposer d'autorisations spéciales d'absence et de décharges d'activités de service.

L'ensemble des principes régissant l'activité syndicale est repris dans un protocole propre au CHRU de Lille adopté par le Conseil d'Administration du 17 février 2006.

Art 41 - Liberté d'opinion

La liberté d'opinion est garantie à l'ensemble du personnel dans sa vie privée mais est limitée dans l'exercice des fonctions par l'obligation de réserve. Aucune distinction, directe ou indirecte ne peut être faite entre les agents en raison de leur opinion politique, syndicale, philosophique ou religieuse, de leur origine, de leur orientation sexuelle, de leur âge, de leur patronyme de leur état de santé, de leur handicap, de leur apparence physique, 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. De même, des conditions d'âge peuvent être fixées par décret, pour le recrutement des fonctionnaires ou encore pour la carrière de ceux-ci.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 - Article 6

Art 42 - Egalité de traitement en raison du sexe

Aucune distinction, directe ou indirecte, ne peut être faite entre les fonctionnaires en raison de leur sexe. Toutefois, des recrutements distincts pour les femmes ou les hommes peuvent, exceptionnellement, être prévus lorsque l'appartenance à l'un ou l'autre sexe constitue une condition déterminante de l'exercice des fonctions.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus,
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes,
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 - Article 6 bis.

Art 43 - Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement sexuel

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir les agissements de harcèlement de toute personne dont le but est d'obtenir des faveurs de nature sexuelle à son profit ou au profit d'un tiers ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 - Article 6 ter.

Art 44 - Protection dans le cadre d'agissements de harcèlement moral

Aucun fonctionnaire 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.

Aucune discrimination ne peut être faite concernant le recrutement, la titularisation, la formation ou la notation, la discipline, la promotion, l'affectation et aucune mutation ne peut être décidée à l'égard du fonctionnaire en prenant en considération :

- le fait qu'il a subi ou refusé de subir des agissements contraires aux principes énoncés ci-dessus ;
- le fait qu'il a formulé un recours auprès d'un supérieur hiérarchique ou engagé une action en justice visant à faire respecter ces principes ;
- le fait qu'il a témoigné d'agissements contraires à ces principes ou qu'il les a relatés.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 modifiée par la loi n°2005-843 du 26 juillet 2005 - Article 6 bis

Art 45 - Droit à protection dans l'exercice de ses fonctions

L'agent a droit à une protection contre les menaces, injures, diffamations, ainsi que contre des violences ou voies de fait. Elle se traduit notamment par la prise en charge des honoraires d'avocat et l'application du régime des accidents de travail, s'il y a lieu.

Il existe un dispositif d'enregistrement de ces événements (fiche de signalement des événements indésirables, comportant des items spécifiques sur la violence et les agressions), ce dispositif doit être utilisé.

Il est également protégé dans le cas d'une faute commise à la condition qu'elle ne présente pas les caractéristiques d'une faute personnelle détachable du service.

Référence : Loi du 13 juillet 1983 - Article 11.

Art 46 - Droit à des conditions d'hygiène et de sécurité

La collectivité prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité et protéger la santé des salariés, y compris les travailleurs temporaires. Ces mesures comprennent des actions de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens adaptés.

Tout salarié doit bénéficier d'un examen médical régulier en vue de s'assurer du maintien de son aptitude au poste de travail occupé. Le salarié peut également en bénéficier à sa demande.

Le médecin du travail exerce une surveillance médicale particulière pour les catégories de salariés cités dans l'article R-4624-19 du Code du Travail. Le médecin du travail est juge de la fréquence et de la nature des examens que comporte cette surveillance médicale particulière.

Référence :

Code du Travail Article R-4121-1 et suivants

Code du Travail - Article R-241-49

Code du Travail - Article R-241-50

Art 47 - Liberté syndicale

Tout agent peut défendre ses droits et ses intérêts par l'action syndicale et adhérer à un syndicat de son choix.

Référence : Loi 86-33 du 9 janvier 1986 - Articles 96 et 97

Art 48 - Droit de grève

Tous les personnels disposent du droit de grève sous réserve que la continuité du service public soit assurée. La détermination des effectifs nécessaires dans les services devra se faire en tenant compte notamment des effectifs de week-end, de la sécurité des patients, de la préservation des matériels et bâtiments.

Un délai de préavis de 5 jours francs doit être respecté avant le début de la grève. Les assignations pour assurer la continuité de service doivent être faites 24 heures avant le début de la grève.

Aucune discrimination ne peut être faite entre les différentes catégories de personnels.

Art 49 - Droit d'accès à son dossier individuel

Toutes les décisions portant sur la carrière du personnel sont versées à son dossier détenu par le Département des Ressources Humaines. Ce dossier peut être consulté par l'agent, à sa demande.

Il est le seul dossier opposable à l'agent. Les dossiers détenus au niveau des pôles ne peuvent comporter que des informations intéressant la gestion quotidienne.

Référence : Loi n°79-587 du 11 juillet 1979.

II. Organisation de la prise en charge

2.1. Dispositions générales

Art 50 - Permanences et gardes médicales et pharmaceutiques

Le service de garde médicale a pour objet d'assurer pendant chaque nuit et la journée du dimanche ou des jours fériés, la sécurité des patients hospitalisés ou, le cas échéant admis en urgence, et la permanence des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation générale du service normal de jour et du service de permanence et de garde, le directeur général établit les tableaux prévisionnels mensuels nominatifs de participation au service de garde.

Art 51 - Visite médicale quotidienne

Une visite médicale a lieu chaque jour dans les secteurs d'hospitalisation. Elle est assurée par le responsable d'unité fonctionnelle ou l'un de ses collaborateurs médicaux.

Le responsable d'unité fonctionnelle doit s'assurer de l'accord du patient pour la participation des internes et des étudiants aux enseignements cliniques.

Art 52 - Personnel médical et continuité du service

Afin de garantir le fonctionnement continu du service hospitalier, les membres du personnel médical de l'hôpital, dans toutes les disciplines et spécialités, ainsi que les personnels accomplissant le troisième cycle de leurs études médicales ou pharmaceutiques, assurent :

- les services quotidiens du matin et de l'après-midi des jours ouvrables : examens et soins des patients hospitalisés, services de soins et consultations des patients externes, analyses de laboratoire et examens radiologiques, prescription, préparation et dispensation de différents médicaments et produits ;
- la participation au service des samedis après-midi et des dimanches et jours fériés, au service des gardes de nuit, ainsi qu'aux remplacements imposés par les congés ;
- ils sont tenus de répondre aux besoins hospitaliers exceptionnels et urgents survenant en dehors de l'horaire normal du tableau de service, conformément au plan d'accueil des patients et blessés en urgence prévue à l'article 79 du présent règlement.

Référence : Code de la Santé Publique - Article R6152-26 et suivants.

Art 53 - Personnel médical à temps partiel et praticiens attachés

Les praticiens à temps partiels, les praticiens attachés ou assistants assurent le service quotidien des jours ouvrables. Ils participent au service des samedis après-midi, dimanches et jours fériés ainsi qu'à l'organisation de la garde.

Art 54 - Internes

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 responsable d'unité fonctionnelle, de secteur d'activité ou de pôle et du médecin référent du patient.

Ils participent au service de garde médicale ou pharmaceutique en dehors du service normal de jour.

Au sein des pôles, les internes en médecine assurent la visite médicale complémentaire des patients (contre-visite), chaque jour, aux heures de l'après-midi arrêtées par le responsable de pôle, de secteur d'activité ou d'unité fonctionnelle.

Ils dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue d'un praticien du pôle. En dehors de ces cas d'urgence, ils ne peuvent procéder à des actes ou interventions à caractère médical que sous certaines conditions. Au sein des pôles 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.

Art 55 - Étudiants chargés de fonctions hospitalières

Les étudiants participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité de praticiens hospitaliers ou assistants 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.

Art 56 - Sages - femmes

Les sages-femmes sont responsables, au sein des pôles médicaux de gynécologie-obstétrique dont elles relèvent, de l'organisation générale des soins et des actes obstétricaux relevant de leur compétence.

Art 57 - Coordination des soins dispensés aux patients

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 leur qualification, des responsabilités qui sont les leurs, de la nature des soins qu'ils sont amenés, le cas échéant, 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.

De plus, afin d'assurer la continuité de la prise en charge de leurs patients dans d'autres services, les praticiens organisent le partage des informations médicales utiles.

Art 58 – Coordination Générale des Soins

Le service de soins regroupe, au sein de l'hôpital, l'ensemble des personnels qui participent à la mise en œuvre des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique. Il est dirigé par un directeur des soins, coordonnateur général des soins.

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins est nommé par le chef d'établissement. Il exerce sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Il est membre de l'équipe de direction et dispose, par délégation du chef d'établissement, de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.

Les cadres supérieurs de santé coordonnent et optimisent les prestations de soins et d'activités paramédicales d'un ensemble d'unités ou de services dans une optique de qualité en manquant une équipe de cadres.

Les cadres de santé organisent l'activité paramédicale, animent l'équipe et coordonnent les moyens d'un service de soins, de rééducation ou médico-technique en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations.

Les infirmiers, infirmiers spécialisés, les personnels de rééducation et médico-techniques accomplissent les actes professionnels relevant de leur compétence et à ce titre sont chargés de l'exécution des prescriptions médicales datées et signées ainsi que des protocoles établis par les médecins. Ils concourent également à la prévention, au dépistage et au diagnostic dans le cadre de leurs compétences respectives. Ils peuvent assurer l'encadrement des étudiants lors de leur formation pratique. Dans le cadre de leur rôle propre, les infirmiers mettent en œuvre les soins nécessaires au maintien du confort du patient, à la préservation de ses fonctions vitales et à son accompagnement.

Les aides-soignants réalisent, dans le cadre du rôle propre de l'infirmier(ère), en collaboration avec lui/elle et sous sa responsabilité, des soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de la personne.

Les auxiliaires de puériculture réalisent, sous la responsabilité de l'infirmière, de la puéricultrice, de la sage-femme et en collaboration, des soins de prévention, de maintien, d'éducation à la santé et relationnels pour préserver ou restaurer la continuité de la vie, le bien-être et l'autonomie de l'enfant.

Les agents des services hospitaliers réalisent des opérations de nettoyage et/ou de bio-nettoyage dans les différents locaux de l'établissement

Les manipulateurs d'électroradiologie médicale réalisent des actes relevant de l'imagerie médicale, de la médecine nucléaire, des explorations fonctionnelles et de radiothérapie qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

Les techniciens de laboratoire en biologie médicale réalisent et traitent des prélèvements biologiques à des fins d'analyses biomédicales qui concourent à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et à la recherche.

Les préparateurs en pharmacie hospitalière préparent et délivrent des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et concourent aux opérations de stérilisation.

Art 59 - Principes d'organisation de l'activité libérale

Dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer au sein de l'hôpital une activité libérale dans le respect de certaines conditions.

Cette activité peut comprendre des consultations, des soins en hospitalisation et des actes médico-techniques.

Référence : Articles L6154-1 à L6154-7 du Code de la Santé Publique

Art 60 - Service public hospitalier et activité libérale

L'admission au titre du service public hospitalier est le principe général au sein de l'hôpital public.

Dans certaines spécialités médicales, le patient peut toutefois être pris en charge, sur sa demande et avec l'accord du médecin intéressé, dans le cadre de l'activité libérale des médecins exerçant à temps plein, lorsque ceux-ci y sont autorisés.

Cette prise en charge ne peut résulter que d'une demande expresse du patient, exprimée en l'absence de toute sollicitation, quelle qu'en soit la forme.

Le patient qui souhaite être pris en charge au titre de l'activité libérale doit recevoir, au préalable, toutes indications quant aux règles qui lui seront applicables du fait de ce choix, notamment la tarification et les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie.

Les jours, les heures d'ouverture et le montant des honoraires ou fourchettes d'honoraires de chaque consultation privée doivent faire l'objet d'un affichage distinct de celui des consultations publiques.

Lorsque le patient opte pour le secteur libéral d'un médecin, un formulaire de demande d'admission au titre de l'activité libérale est signé, dès son entrée, par lui-même, un membre de sa famille ou son accompagnant.

Aucun patient ne peut être pris en charge par un praticien au titre de son activité libérale s'il n'en a pas décidé ainsi lors de son admission au sein de l'hôpital, ni être pris en charge au cours d'un même séjour dans le secteur public s'il a été pris en charge préalablement dans le cadre de l'activité libérale.

Le patient peut toutefois, à titre exceptionnel, avec l'accord du directeur et après avis du responsable de pôle, revenir sur son choix. Ce nouveau choix est alors irréversible.

Les prestations non médicales liées à l'activité libérale ainsi que leurs tarifs sont ceux du secteur public, mais le patient doit en sus verser des honoraires au médecin. Le montant de ces honoraires est fixé par entente directe entre le patient et le médecin.

Le praticien exerçant une activité libérale a le droit de percevoir ses honoraires, soit directement, soit par l'intermédiaire de son employeur.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne peut être réservés à l'exercice de l'activité libérale. Aucun acte médical concernant directement ou indirectement le prélèvement ou la greffe d'organes ou de tissus humains ne peut être accompli au titre de l'activité libérale.

Une commission de l'activité libérale est chargée au sein de l'hôpital de veiller au bon déroulement de l'activité libérale et au respect des dispositions législatives et réglementaires qui la concerne.

2.1.1. Accueil et admission

Art 61 - Principe du libre choix du patient

Le droit du patient au libre choix de son praticien et de son établissement de santé est un principe fondamental de la législation sanitaire. Il doit l'exercer lui-même en évitant les choix discriminatoires fondés sur l'origine ethnique, l'appartenance religieuse ou le sexe du professionnel de santé.

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.

Dans les disciplines qui comportent plusieurs services, les patients ont le libre choix du service dans lequel ils désirent être admis.

Référence : Circulaire du 2 février 2005 sur la laïcité dans les établissements de santé.

Art 62 - Accès aux soins des personnes démunies

L'accès à la prévention et aux soins est un droit des personnes démunies qui s'adressent à l'hôpital.

L'hôpital a mis en place en conséquence une prise en charge adaptée aux personnes en situation de précarité, visant à assurer leur accès au système de santé et à les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits.

Art 63 - L'accueil des patients

L'hôpital a pour mission et devoir d'accueillir, en consultation comme en hospitalisation, tous les patients dont l'état exige des soins hospitaliers, sans discrimination sous réserve qu'ils n'entrent pas dans les conditions restrictives prévues à l'article 171 du présent règlement.

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 patients et de leurs accompagnants. Il donne aux patients 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.

Art 64 - Livret d'accueil

Il est remis à tout patient hospitalisé un livret d'accueil qui contient tous les renseignements utiles sur les conditions de séjour et l'organisation de l'hôpital. La charte du patient hospitalisé est intégrée au livret d'accueil ainsi qu'un questionnaire où le patient peut librement consigner ses observations, critiques et suggestions. Le questionnaire est remis avec une enveloppe pour la réponse à l'adresse de la délégation à la communication et aux relations avec les usagers du CHRU de Lille. Celle-ci peut-être déposée à l'accueil du service lors de la sortie, en main propre à l'hôtesse ou dans une urne ou par la poste lorsque le patient est rentré à son domicile.

Le 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, ainsi que les noms et coordonnées des représentants des usagers, membres de la commission des relations avec les usagers.

Art 65 - Compétence du directeur en matière d'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, celle-ci est prononcée par le directeur, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'hôpital.

A ce titre, il convient de considérer que, dès leur admission par le pôle des urgences, et en cas de besoin d'hospitalisation, les patients relèvent de la spécialité médicale correspondant à leur état et sont prioritaires par rapport aux patients dont l'hospitalisation est programmée.

Lorsqu'il y a une sur-occupation des lits aux urgences, le directeur délégué au pôle ou le directeur de garde décide de l'hospitalisation du patient dans un lit prévu pour une hospitalisation programmée :

- Au sein d'un service de la spécialité considérée.
- Par défaut dans un service relevant de la même discipline médicale ou chirurgicale
- Soit dans un service relevant d'une autre discipline.

Art 66 - Pièces à fournir au moment de l'admission

Quel que soit le mode d'admission du patient, sous réserve des dispositions des articles 62 et 168 du présent règlement, l'admission donne lieu à l'ouverture d'un dossier administratif comportant des informations relatives à l'identité du patient et aux conditions de prise en charge financière de ses soins et de ses prestations hôtelières.

À cet effet, le patient ou, le cas échéant, son représentant doit présenter au bureau des entrées :

- sa carte Vitale ou l'attestation de la carte Vitale, permettant de présumer l'ouverture de ses droits auprès d'un organisme d'assurance maladie ;
- une pièce d'identité (carte nationale d'identité, permis de conduire, carte de séjour ou passeport) ;
- le cas échéant, un document attestant qu'une mutuelle assure la prise en charge du ticket modérateur et/ou du forfait journalier ;
- si le patient ne peut présenter sa carte d'assuré social ou justifier de l'ouverture de ses droits, une demande de prise en charge est adressée le cas échéant à l'organisme d'assurance maladie dont il relève.

Si le patient n'est pas assuré social, et sous réserve des dispositions de l'article 62 du présent règlement, il est tenu de signer un engagement de paiement de l'intégralité des frais d'hospitalisation.

Art 67 - Admission à la demande d'un médecin traitant ou suite à une consultation

L'admission est décidée, hors les cas d'urgence reconnus par le médecin ou l'interne de garde de l'hôpital, sur présentation d'un certificat médical attestant la nécessité du traitement hospitalier. Ce certificat peut être établi par le médecin traitant du patient ou par un praticien hospitalier du service de consultation ; il peut indiquer la discipline dans laquelle devrait être admis l'intéressé, sans toutefois mentionner le diagnostic de l'affection ; il doit être accompagné d'une lettre cachetée du médecin traitant ou du médecin de consultation, adressée au médecin du service hospitalier et donnant tous les renseignements d'ordre médical utiles pour le diagnostic et le traitement.

Art 68 - Admission programmée

L'admission peut être programmée. Dans ce cas, une convocation est remise au patient et il est invité à se rendre, le cas échéant, au bureau des entrées ou à l'accueil médico-administratif compétent afin d'établir son dossier de pré-admission.

Si la convocation est adressée par courrier, un document à compléter est également joint. Celui-ci reprend l'identité du patient ainsi que les pièces à fournir pour établir le dossier administratif.

Au CHRU de Lille, ce mode d'hospitalisation est communément appelé hospitalisation conventionnelle ou hospitalisation de semaine c'est-à-dire d'une durée inférieure ou égale à cinq jours.

Art 69 - Admission directe dans le pôle

En cas d'urgence ou lorsque son état clinique le justifie, le patient est dirigé sans délai vers un secteur en mesure de le prendre en charge.

Dans ce cas, les renseignements nécessaires à l'établissement de son dossier administratif, s'ils n'ont pu être fournis par un accompagnant, sont recueillis ultérieurement.

Art 70 - Admission à la suite d'un transfert

Lorsqu'un médecin ou un interne de l'hôpital constate que l'état d'un patient, d'un blessé ou d'une femme enceinte requiert des soins relevant d'une discipline ou d'une technique non pratiquée au sein de l'hôpital ou nécessitant des moyens dont l'hôpital ne dispose pas, le directeur doit prendre toutes les mesures nécessaires pour que le patient ou le blessé soit dirigé au plus tôt vers un établissement susceptible d'assurer les soins requis.

L'admission dans ce dernier établissement est décidée, sauf cas d'urgence, après entente entre le médecin du service ayant en charge le patient et le médecin de l'établissement dans lequel le transfert est envisagé. Elle est effectuée au vu d'un certificat médical attestant la nécessité de l'admission du patient dans un établissement adapté à son état de santé.

Sauf cas d'urgence, le patient doit être informé préalablement de son transfert provisoire ou de son transfert définitif dans un autre établissement. Le transfert ne peut être effectué sans son consentement (sauf lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation en soins psychiatriques sous contrainte).

Le transfert est notifié à la personne de confiance que le patient aura désignée lors de son admission.

Art 71 - Consultations externes

Le CHRU de Lille dispose de services de consultations et de soins pour patients externes. La liste et la localisation de ces services sont indiquées à l'entrée de l'hôpital.

Le directeur établit et tient à jour, en accord avec les responsables de pôles concernés, un tableau qui précise le fonctionnement de toutes les consultations externes, notamment la discipline, les noms et qualités des praticiens, les jours et heures des consultations.

Il s'assure que les médecins exerçant au sein du CHRU veillent personnellement au respect de ce tableau ainsi qu'à l'accueil et aux conditions d'attente des consultants. Il met en œuvre les mesures d'organisation matérielle permettant d'assurer le bon fonctionnement de ces consultations.

Un questionnaire est administré par sondage de deux semaines permettant aux patients en consultation de donner leur opinion sur la qualité du service. Le renvoi des questionnaires complétés suit les mêmes modalités que celles exposées à l'article 64 du présent règlement.

Art 72 - Tarifs des consultations externes

Les tarifs des consultations et des actes pratiqués à titre externe sont alignés sur les tarifs applicables aux praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés. Ils prennent en compte les revalorisations intervenant en cours d'année et sont affichés à la vue du public.

Pour le paiement des consultations, les assurés sociaux qui justifient de droits ouverts à la sécurité sociale peuvent bénéficier du tiers payant pour la part prise en charge par les organismes d'assurance maladie ; cette procédure les dispense de faire l'avance des frais.

En revanche, sauf exonération spécifique ou prise en charge par un organisme d'assurance complémentaire, ils doivent payer le ticket modérateur.

Art 73 - Protection maternelle et infantile

L'hôpital gère des activités relevant du service départemental de protection maternelle et infantile.

Ces activités qui participent à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile comprennent :

- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes, ainsi que des consultations gratuites de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH) ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- d'autres actions prévues par le Code de la Santé publique ;
- des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes ;
- des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles ;
- des activités de planification familiale et d'éducation familiale ;
- des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés ;
- le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations ;
- l'édition et la diffusion de certains documents ;
- des actions de formations destinées à aider dans leurs tâches éducatives les assistantes maternelles accueillant des mineurs à titre non permanent.

En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités. Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par le département.

Référence :

Code de la Santé publique - Article L2112-4

Code de la Santé publique - Article L2112-2

Code de la Santé publique - Article L2111-2

Art 74 - Centre spécialisé de soins aux patients toxicomanes

Afin d'assurer des actions de prévention et de soins aux patients toxicomanes, un centre de soins est géré par l'hôpital sur le fondement d'une convention conclue pour le CHRU de Lille avec l'Etat.

Ce centre de soins assure des consultations et dispensation des traitements de substitut avec suivi médical et social.

Ce centre est intégré dans le service d'addictologie qui assure la prise en charge des patients pour d'éventuelles hospitalisations.

Art 75 - Centre antipoison

L'hôpital comporte une unité chargée de donner des avis et des conseils spécialisés en matière de diagnostic, de pronostic, de traitement (toxicologie clinique) et éventuellement de prévention des intoxications humaines.

Cette unité est dénommée centre antipoison (CAP). Elle participe à l'aide médicale urgente et fonctionne 24 heures sur 24.

Le numéro d'appel du **Centre Antipoison** de Lille est le : **08.25.81.28.22**

Art 76 - Structures de soins alternatives à l'hospitalisation

Les structures alternatives à l'hospitalisation comprennent notamment les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit, les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.

Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations. Elles ont pour objet de leur éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée.

Les structures d'alternative à l'hospitalisation du CHRU de Lille disposent de leur propre règlement intérieur.

Art 77 - Structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit (courte durée)

Ces structures permettent la mise en œuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels ou itératifs, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

Elles dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à 12 heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge.

Ces structures sont organisées spécifiquement, en une ou plusieurs unités de soins individualisées, et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel, dans la mesure du possible. Il se peut que les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit soient intégrées dans une unité d'hospitalisation traditionnelle, quand les moyens y sont communs.

Ces structures sont communément appelées au CHRU de Lille : Hospitalisation de Courte Durée (HDD) ou Hôpital de Jour.

Art 78 - Structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires

Ces structures permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

Elles sont organisées dans les mêmes conditions que celles prévues *au dernier alinéa de l'article 77 du présent règlement*.

Ces structures sont communément appelées au CHRU de Lille : Hospitalisation de Courte Durée (HDD) ou Hôpital de Jour.

2.1.2 Accueil en urgence

Art 79 - Plan d'accueil d'afflux massif de victimes.

Le CHRU de Lille a mis en place des plans de secours (plans blancs) pour faire face à un afflux massif de victimes, tout en continuant à assurer le fonctionnement normal des services.

Ces plans, appelés localement plans MASH (Mise en Alerte des Services Hospitaliers) sont constitués de chapitres différents selon la nature de la catastrophe :

- Traumatique
- Chimique
- Nucléaire
- Brûlés
- Biologique

Ces plans font l'objet de mises à jour annuelles au minimum ou selon nécessité. Des formations avec exercice de simulation sont organisées pour tous les personnels concernés.

Référence : Article R3110-4 du code de la santé publique

Art 80 - Intervention des personnels en cas d'urgence ou d'accident survenant à proximité immédiate de l'hôpital

Toute personne (médecin ou non) travaillant dans le CHRU de Lille est en mesure d'intervenir, à son niveau de compétences, auprès d'une personne présentant un malaise et d'appeler les renforts nécessaires.

Une organisation par établissement avec les numéros à appeler sont décrits dans la procédure de prise en charge des personnes victimes de malaise « à la porte » de l'établissement.

Cette procédure s'applique à tous les agents du CHRU de Lille dans l'hypothèse où ils rencontrent une personne victime d'un malaise, dans leur pôle et « à la porte » de leur pôle.

Pour les personnes présentant un malaise à l'extérieur de l'établissement, l'alerte doit être faite en même temps auprès du SAMU (15) et du service d'urgence ou de réanimation le plus proche.

Art 81 - Accueil et admission en urgence

Toute personne se présentant dans le pôle des urgences est reçue par un médecin.

Les soins et les consultations dispensés en urgence auprès des personnes sans résidence stable, sans couverture sociale et sans ressource, feront l'objet d'une facturation au titre du dispositif dit « soins urgents » géré par les Caisses d'assurance maladie.

Le directeur prend toutes mesures, si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents et sans préjudice des dispositions de l'article 70 du présent règlement, pour que les soins urgents soient assurés au sein de l'hôpital, sous la responsabilité directe d'un médecin.

Si l'état d'un patient ou d'un blessé réclame des soins urgents, le directeur doit prononcer l'admission, même en l'absence de toutes pièces d'état civil ou de tout renseignement sur les conditions dans lesquelles les frais de séjour seront remboursés à l'établissement, plus généralement, il prend toutes mesures pour que ces soins urgents soient assurés.

Si le patient n'est pas identifié et se trouve dans l'incapacité de décliner son identité, l'admission est réalisée provisoirement en tant que Patient Non Identifié, les informations nécessaires à l'établissement de son dossier devant être recueillies le plus rapidement possible.

Lorsqu'un patient ou un blessé, dont l'admission n'a pas été décidée ou qui a reçu les soins rendus nécessaires par son état, refuse de quitter l'hôpital, il peut être selon le cas, sur certificat médical établi par un médecin qui l'a examiné ou soigné, soit reconduit à la sortie de l'hôpital, soit adressé à un organisme à caractère social.

Art 82 - Information des familles des patients ou blessés hospitalisés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des patients ou blessés hospitalisés en urgence soit prévenue par l'hôpital. Que le patient ait été conduit au sein de l'hôpital par le SAMU, les pompiers, la police ou tout autre moyen, il incombe aux agents du pôle des urgences de mettre immédiatement en œuvre, sous la responsabilité du directeur, toutes les démarches utiles à l'identification et à l'information des familles. Cette obligation d'information des familles doit toutefois tenir compte de la faculté laissée au patient de demander le secret de l'hospitalisation, conformément aux dispositions de [l'article 96 du présent règlement](#).

En cas de transfert dans un autre service ou d'aggravation de l'état de santé du patient, le même devoir de diligence pour l'information des familles s'impose à tous les personnels.

En cas de décès, l'information des familles est assurée conformément aux dispositions [des articles 188 et 189 du présent règlement](#).

Référence : Article R1112-15 du code de la santé publique

Art 83 - Inventaire à l'admission

Dans les cas où le patient est hospitalisé, un inventaire de tous les objets dont il est porteur est dressé dans le service ou l'unité d'accueil, le cas échéant aux urgences, puis signé sans délai par deux agents de l'hôpital habilités à le faire et par l'accompagnant et /ou le patient ou, à défaut, par un témoin.

L'inventaire est ensuite consigné au dossier administratif du patient.

Conformément aux dispositions de [l'article 109 du présent règlement](#), tous les objets détenus par le patient sont remis au régisseur ou à un agent spécialement habilité par le directeur pour être le dépositaire de ces objets. Ces derniers sont inscrits sur le registre des dépôts.

Le CHRU de Lille est responsable de plein droit, sans limitation de montant, de la perte ou de la détérioration de ces objets, dans certaines conditions.

Dès que son état le permet, le patient reçoit le reçu des objets pris en dépôt. Le patient est informé des conditions dans lesquelles les objets déposés pourront être retirés.

Il est invité à retirer du dépôt tous les objets considérés comme non utiles à son hospitalisation et à les faire retourner à son domicile.

Les objets conservés seront soumis aux règles énoncées à [l'article 109 du présent règlement](#).

Art 84 - Patients amenés par les forces de l'ordre

Lorsque le patient est amené par les forces de l'ordre et que son état nécessite l'hospitalisation, il incombe au CHRU de Lille de faire connaître aux dites forces de l'ordre que le patient est admis.

Dans le cadre d'une procédure pénale, le CHRU est tenu d'assurer les prises de sang et tous autres examens figurant sur la mission de la réquisition établie par les autorités judiciaires. Un certificat médical répondant à la mission de la réquisition sera remis exclusivement aux autorités judiciaires. Le médecin note le refus éventuel de la personne de subir les examens demandés.

Lorsque les services de police ou de gendarmerie amènent au CHRU, en dehors de toute réquisition, un sujet en état apparent d'ivresse, ce dernier doit faire l'objet d'un bilan médical exact de son état.

En cas de non-admission, la personne doit être remise aux services de police ou de gendarmerie qui l'ont amenée. Une attestation signée du médecin ayant examiné le patient et indiquant que l'admission n'est pas jugée nécessaire est alors délivrée à ces services (certificat de non admission).

Si l'intéressé refuse les soins nécessités par son état, le médecin responsable doit appliquer la procédure prévue à l'article 86 du présent règlement et le directeur général doit, au cas où la personne alcoolique est présumée dangereuse, la signaler aux autorités sanitaires.

2.1.3. Soins et informations sur les soins (y compris les relations avec les partenaires extérieurs)

Art 85 - Consentement

Il y a une obligation de respecter la volonté du patient, aucun acte ou traitement médical ne pouvant être entrepris sans que le patient en ait été préalablement informé et ait donné son consentement libre et éclairé. Ce consentement est révoquant à tout moment. En cas de refus du patient de donner son consentement, le médecin doit tout mettre en œuvre pour que le patient accepte les soins.

Pour les patients hors d'état d'exprimer leur volonté, le médecin doit consulter la personne de confiance préalablement désignée par le patient. Cette désignation, révoquant à tout moment, est proposée au patient lors de son hospitalisation. Si le patient n'a pas désigné préalablement une personne de confiance, le médecin doit consulter la famille ou les proches du patient.

Pour les patients mineurs ou majeurs sous tutelle, il faut tenter de rechercher leur consentement s'ils sont aptes à exprimer leur volonté. De plus, le médecin est obligé de délivrer les soins nécessaires en cas de refus de l'autorité parentale ou du tuteur s'il y a un risque grave pour la santé.

En cas de refus de consentement, le médecin peut se pré constituer une preuve, en principe écrite, du refus du patient ou avoir recours à la présence de témoins.

Sauf disposition législative contraire, aucun test de dépistage systématique des maladies contagieuses ne peut être effectué.

Référence :

Code de la Santé Publique - Article L1111-4

Code de la Santé Publique - Article L1111-6

Code de la Santé Publique - Article L1111-5

Art 86 - Refus du consentement, refus des soins

Lorsqu'un patient n'accepte pas l'intervention ou les soins qui lui sont proposés, sa sortie, sauf urgence médicalement constatée nécessitant des soins immédiats, peut être prononcée par le directeur. Une proposition alternative de soins est au préalable, dans toute la mesure du possible, faite au patient.

La sortie est prononcée après signature par le patient d'un document constatant son refus d'accepter les soins proposés. Si le patient refuse de signer ce document, un procès-verbal de ce refus est dressé. Il est contresigné par l'accompagnant ou, à défaut, par un témoin, qui atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants. Ce témoin peut être un agent de l'hôpital.

Au cas où la volonté du patient de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout faire pour le convaincre de la nécessité du traitement et en cas de refus persistant et réitéré inscrit dans son dossier médical, le médecin peut dispenser les soins indispensables.

En cas d'hospitalisation en soins psychiatriques sous contrainte, le consentement, qui doit être recherché, n'est pas nécessaire.

En cas de refus du consentement réclamé par le médecin, celui-ci peut se pré-constituer une preuve, en principe écrite, du refus du patient ou avoir recours à la présence de témoins.

Art 87 - Consentement des mineurs et des majeurs protégés ainsi que des personnes hors d'état de manifester leur volonté

Le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale est requis selon l'importance des soins qui sont délivrés. Il n'est pas indispensable en cas d'urgence ou d'impossibilité de joindre les titulaires de l'autorité parentale.

Les majeurs placés sous sauvegarde de justice ou curatelle consentent eux-mêmes aux soins qui leur sont prodigués.

Le médecin doit recueillir, d'une part, le consentement des majeurs sous tutelle qui sont à même de l'exprimer et, d'autre part, le consentement du tuteur après avoir délivré à ce dernier l'information nécessaire à cette fin.

Lorsqu'une personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance ou l'un de ses proches ait été consulté.

Lorsque le refus du traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

Lorsque le mineur désire garder le secret sur son état de santé, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder sa santé. Toutefois, le praticien doit s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur sur cette consultation. S'il persiste dans son refus, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention mais le mineur doit être accompagné d'une personne majeure.

Lorsque le mineur bénéficie à titre personnel de la couverture médicale universelle, il consent lui-même aux soins.

Référence : Code de la Santé Publique - Articles L1111-4 et L1111-5

Art 88 - Expression de la volonté des patients en fin de vie

Toute personne majeure, en phase avancée ou terminale d'une affection grave et incurable peut décider de limiter ou d'arrêter tout traitement, le médecin doit respecter sa volonté après l'avoir informée des conséquences de son choix. La décision du patient est inscrite au dossier médical.

Toute personne majeure peut rédiger des directives anticipées pour le cas où elle serait un jour hors d'état d'exprimer sa volonté. Elles indiquent ses souhaits relatifs à sa fin de vie intéressant la limitation ou l'arrêt des traitements. Le médecin en tient compte si elles ont été exprimées moins de trois ans avant son état d'inconscience.

Lorsque le patient en fin de vie se trouve être hors d'état d'exprimer sa volonté et qu'il a désigné une personne de confiance, celle-ci doit donner son avis, sauf urgence ou impossibilité, qui prévaut sur tout autre avis non médical exprimé par des proches, à propos des investigations, interventions ou traitements mis en œuvre.

Si le médecin souhaite limiter ou arrêter un traitement inutile, disproportionné ou ne visant qu'à prolonger artificiellement la vie d'un patient hors d'état de s'exprimer, il doit recourir à la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et consulter la personne de confiance, la famille ou à défaut l'un de ses proches et le cas échéant les directives anticipées du patient.

La décision motivée du médecin est inscrite au dossier médical.

Référence : Code de la Santé Publique - Articles L1111-10 à L1111-13

Art 89 - Consentement et information médicale

Le consentement du patient est requis dans tous les cas pour permettre la transmission des informations et documents utiles à la continuité des soins aux médecins qui participent à sa prise en charge ou à ceux qu'il entend consulter sauf en cas d'urgence. De même ce consentement est requis en matière de recherche nécessitant le recueil de données nominatives.

Le consentement éclairé et exprès du patient est requis, notamment en matière d'essais cliniques ou lorsque la recherche nécessite le recueil de prélèvements biologiques identifiants. C'est le médecin qui a la charge d'établir qu'il a bien prévenu son patient que des informations médicales le concernant seraient transmises dans le cadre de la continuité des soins. Cette preuve se fait par tous les moyens.

Le médecin doit donner des informations loyales, claires et appropriées à la personne qu'il examine, soigne ou conseille. Toutefois, un patient peut être tenu dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave, en dehors du cas où l'affection dont il est atteint expose des tiers à un risque de contamination, s'il en fait la demande à son médecin.

L'information délivrée au patient est avant tout orale, mais ne doit pas être donnée de façon brutale : elle doit être hiérarchisée, validée et son contenu doit insister sur les bénéfices escomptés grâce aux soins. Compréhensible par le patient, l'information nécessite de la part du médecin du temps et un espace d'intimité. Le patient doit avoir le sentiment que le médecin lui prodigue des soins en tant que personne au-delà de sa maladie. Le patient a le droit d'être informé mais son souhait de ne pas savoir doit être respecté.

Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Art 90 - Information du patient

Les personnes qui sont hospitalisées ou qui consultent au sein de l'hôpital doivent être informées par tous moyens adéquats du nom des praticiens et des personnes appelées à leur donner des soins.

Dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens de l'hôpital doivent assurer l'information des patients, qui doit être appropriée, accessible et loyale.

Les personnels paramédicaux participent à cette information, dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles.

Les patients sont associés aux choix thérapeutiques les concernant, ils sont notamment informés préalablement de la nature, des risques et des conséquences que les actes médicaux et chirurgicaux peuvent entraîner.

L'information est délivrée au patient au cours d'un entretien individuel. Cependant, à sa demande, il peut être tenu dans l'ignorance à la condition qu'il n'y ait pas de risque de transmission pour les tiers.

L'hôpital est tenu de protéger la confidentialité des informations qu'il détient sur les personnes qu'il accueille.

Art 91 - La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Cependant, elle est révocable à tout moment par le patient.

Si le patient le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

Si celle-ci est faite lors de l'admission à l'hôpital, elle sera obsolète dès que le patient quittera l'hôpital.

Référence : Code de la Santé publique - Article L1111-6

Art 92 - Dossier médical du patient

Un dossier médical est constitué sous la responsabilité du chef de pôle pour chaque patient hospitalisé. Le cas échéant, un dossier peut être constitué pour un patient reçu en consultation externe au sein de l'hôpital.

Les dossiers médicaux sont conservés conformément à la réglementation relative aux archives hospitalières. Dans tous les cas, le directeur veille à ce que toutes dispositions soient prises pour assurer la garde et la confidentialité des dossiers conservés au sein de l'hôpital. Il veille également à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication du dossier médical du patient conformément aux règles prévues à l'article 92 du présent règlement.

En ce qui concerne l'exercice du contrôle médical, les responsables de pôle communiquent, ou prennent toutes dispositions utiles pour que soient communiqués au médecin conseil de la Sécurité Sociale, dans le respect du secret médical, les documents médicaux nécessaires à l'exercice de son contrôle.

Art 93 - Communication du dossier médical du patient

Le patient peut consulter son dossier médical directement ou en passant par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne. La présence d'une tierce personne lors de la consultation peut être recommandée par le médecin en cas de risque pour le patient. Son refus ne fait pas obstacle à la consultation de son dossier.

Dans le cadre d'une hospitalisation en soins psychiatriques sous contrainte, la communication du dossier à un patient peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. Si le patient refuse, la Commission départementales des soins psychiatriques est alors saisie.

La consultation a lieu :

- soit sur place ;
- soit grâce à l'envoi par l'hôpital de la reproduction des pièces du dossier sachant que les frais de reproduction des pièces et d'envoi des documents sont à la charge du demandeur.

Le dossier médical est communiqué au plus tôt après un délai de réflexion de 48h, au plus tard 8 jours après la demande de consultation. Le délai s'élève à 2 mois quand les informations ont plus de 5 ans d'ancienneté et lorsqu'est saisie la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

A la fin de chaque séjour hospitalier, les pièces jugées nécessaires sont adressées, dans un délai de 8 jours, au praticien que le patient ou son représentant légal aura désigné afin d'assurer la continuité des soins. Des doubles de ces mêmes documents sont établis et demeurent dans le dossier du patient.

En cas de transfert du patient dans un autre établissement, une copie du dossier médical, ou des pièces nécessaires à la continuité des soins, est transmise à sa demande au dit hôpital. Ces transmissions sont effectuées dans des conditions permettant d'assurer la continuité des soins.

Référence : Code de la Santé Publique - Article L1111-7

Art 94 - Clichés d'imagerie médicale du patient

Il est délivré aux patients qui en font la demande, des reproductions des clichés d'imagerie médicale essentiels figurant dans leur 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, soit au patient, soit au médecin traitant, lorsque le patient en a formulé la demande.

Art 95 - Relations avec les familles

Dans chaque service, les médecins et les soignants reçoivent les familles des patients dans des conditions préservant la confidentialité, soit sur rendez-vous, soit aux jours et heures qui sont portés à la connaissance des patients et de leurs familles.

En l'absence d'opposition du patient, les indications d'ordre médical, telles que diagnostic et évolution de la maladie, ne peuvent être données que par les médecins dans les conditions définies par le Code de Déontologie Médicale ; de même, les renseignements courants sur l'état du patient peuvent être fournis par des personnels qualifiés aux membres de la famille sauf avis contraire du patient.

Art 96 - Secret de l'hospitalisation

À l'exception des mineurs, soumis à l'autorité parentale, les patients peuvent demander qu'aucune indication ne soit donnée par téléphone ou d'une autre manière sur leur présence au sein de l'hôpital ou sur leur état de santé.

Toutefois, cette disposition ne fait pas obstacle à l'obligation, pour le directeur, de signaler aux autorités militaires l'admission en urgence de militaires, conformément à *l'article 173 du présent règlement*.

Pour les patients demandant le bénéfice du secret de l'hospitalisation, un dossier d'admission est constitué normalement. Toutefois, une mention relative à l'admission sous secret est portée sur leur dossier et les services concernés (standard, service de soins, hôtesse d'accueil) en sont avisés.

Art 97 - Traitements informatiques

A l'occasion de l'admission et du séjour du patient au sein de l'hôpital, des informations nominatives le concernant, d'ordre administratif ou médical, sont recueillies par le personnel. Elles font l'objet, dans leur majorité, de traitements par des moyens informatiques. Ces traitements informatisés sont mis en œuvre par les différents services hospitaliers : bureau des entrées, régie comptable, services médicaux et médico-techniques. L'hôpital veille à la sécurité matérielle et technique du traitement et de la conservation de ces informations ; les personnels en assurent la stricte confidentialité.

Ces traitements ne doivent porter atteinte ni à la vie privée, ni aux libertés publiques et individuelles.

La loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés a pour but de veiller au respect de ces principes. Elle prévoit un droit d'information, d'accès et de rectification par le patient, pour les informations nominatives qui le concernent et qui sont contenues dans un traitement informatique.

Les règles applicables pour l'utilisation des outils informatiques sont détaillées dans une charte qui est jointe en annexe N° 7 du présent règlement intérieur.

Référence : Loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Art 98 - Informations nominatives et droit à l'information du patient

Le patient est informé que l'établissement recueille des informations nominatives le concernant dans le Système d'Informations Hospitalier (SIH) et que ces données pourront être utilisées nominativement dans le cadre de la continuité des soins ou dans le cadre de la recherche ou encore de façon anonyme pour l'analyse de l'activité de l'établissement.

Art 99 - Plaintes, réclamations et voies de recours

Indépendamment de la possibilité de répondre au questionnaire de sortie *visé à l'article 64 du présent règlement*, le patient ou ses ayants droit peuvent faire part de leurs observations soit :

- sur le registre des plaintes situé à l'accueil de chaque hôpital ;
- en adressant un courrier à l'autorité concernée (directeur général, chef de pôle, directeur délégué au pôle) qui, dans tous les cas, accusera réception avant de diligenter une demande d'explications aux professionnels concernés.

Par ailleurs, toute personne qui veut de plaindre du CHRU de Lille peut demander un entretien avec un médiateur qui l'informer sur ses droits et lui présentera les voies de recours possibles.

Si le patient (ou ses ayants droit) estime avoir subi un préjudice dans le cadre de sa prise en charge par l'hôpital, il peut saisir le Directeur général d'une réclamation en vue d'obtenir réparation. Le Directeur général est tenu de lui faire connaître les voies de recours qui lui sont ouvertes.

La cellule contentieux de la Délégation aux Affaires Juridiques, gère le suivi des réclamations présentées à l'encontre du CHRU (pour parler transactionnels, requête, etc.) et se fait l'intermédiaire entre le patient, sa famille, les avocats, le personnel médical et l'assureur du CHRU en matière de responsabilité hospitalière.

Art 100 - Médiateur médical et non médical

Les médiateurs sont désignés par le Directeur général pour une période de trois ans. Ils ont pour mission de traiter les plaintes ou réclamations qui ne présentent pas le caractère d'un recours gracieux ou contentieux.

Ils rencontrent le patient qui est à l'origine de la demande ainsi que les proches s'ils l'estiment nécessaire.

Lorsque le médiateur médical souhaite consulter son dossier médical, il ne peut le faire qu'avec son accord.

Les médiateurs déposent leur rapport dans les huit jours de leur rencontre avec le patient autant que possible. Ils le présentent ensuite devant la commission des relations avec les usagers.

Art 101 - Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge

Une commission des relations avec les usagers est instaurée au sein du CHRU de Lille. Elle rend des avis ou adopte des recommandations en vue de tenter de régler les plaintes des patients. Dans son rapport annuel, elle fait des recommandations sur la prise en charge des patients. La commission est présidée par le directeur général ou son représentant. Elle est composée :

- des médiateurs médicaux et non médicaux ;
- des représentants des usagers ;
- du représentant de la commission des soins infirmiers.

qui ont voix délibérative. Le représentant de la coordination des vigilances siège avec voix consultative ainsi que le délégué aux usagers.

Référence : Article L1112-3 du code de la santé publique

Art 102 - Présence du médecin traitant

Le médecin traitant peut, après accord du chef de pôle ou du responsable d'unité fonctionnelle concerné et du patient ou de ses représentants légaux, assister aux interventions chirurgicales que le patient subit éventuellement au cours de son hospitalisation.

Art 103 - Transfusions sanguines et sécurité transfusionnelle

Les patients dont l'état nécessite l'administration de produits sanguins labiles pourront être transfusés avec des produits homologues fournis par l'Etablissement Français du Sang (EFS) Nord de France. Ces produits sont prélevés et sélectionnés selon les normes très strictes de bonne pratique de l'EFS.

Néanmoins, pour les patients devant subir une intervention chirurgicale programmée pour laquelle les besoins en sang sont bien définis, il est envisageable, s'ils ne présentent pas de contre-indications spécifiques, de prélever leur propre sang qui leur sera transfusé ultérieurement. Dans le cadre de cette transfusion dite autologue, le sang est prélevé et conservé par l'EFS et est exclusivement réservé au patient concerné. Si la quantité de sang prélevée se révèle insuffisante, la transfusion sera complétée par du sang provenant d'autres donateurs.

Les médecins doivent informer les patients sur le traitement transfusionnel qui leur est nécessaire, sur les bénéfices attendus et les risques résiduels qu'il comporte ; ils doivent prescrire les produits les plus adaptés et les plus sûrs au regard de leur pathologie et veiller en liaison avec le personnel infirmier aux conditions très strictes de leur administration.

Ils doivent aussi s'assurer de la bonne traçabilité des produits effectivement administrés : les numéros des produits sont enregistrés dans le dossier médical du patient et dans le dossier transfusionnel informatisé ; ils sont transmis à l'EFS.

A la fin de son séjour hospitalier, le patient auquel a été administré un produit sanguin labile en est informé par écrit. L'information est communiquée, pour les mineurs, aux titulaires de l'autorité parentale et pour les majeurs protégés, à la personne qui exerce la tutelle.

Un suivi transfusionnel est proposé à tout patient transfusé. Ces informations sont également communiquées aux médecins en charge du patient.

Au cas où survient chez un patient un événement indésirable ou une pathologie susceptible d'être corrélée à une transfusion, le correspondant d'hémovigilance du CHRU de Lille qui en est informé en prévient le correspondant d'hémovigilance de l'établissement de transfusion, en lui spécifiant les références des produits administrés. L'hôpital doit faire en sorte, soit directement, soit par l'intermédiaire du médecin traitant, que le patient dont il gère le dossier médical et qui est impliqué dans une enquête transfusionnelle bénéficie, dans un premier temps, des contrôles nécessaires et soit, par la suite, tenu informé de sa situation et, le cas échéant, orienté pour sa prise en charge vers un service compétent.

Le comité de sécurité transfusionnelle et d'hémovigilance et le correspondant d'hémovigilance de l'établissement veillent au respect des règles de sécurité transfusionnelle.

Art 104 - Recherches biomédicales

Les médecins peuvent proposer aux patients hospitalisés ou aux personnes venues pour consultation de participer à une recherche biomédicale.

La loi protège les personnes qui se prêtent à ces recherches et définit les conditions de déroulement de ces recherches. 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) compétent.

Sous réserve de dispositions légales spécifiques, aucune expérimentation ne peut être menée sans l'accord de la personne concernée. Le consentement libre, éclairé et expresse doit toujours être recueilli. Il doit être consigné par écrit, après que le médecin investigateur ait informé la personne complètement et précisément, selon les modalités prévues par la loi.

Les patients ou, le cas échéant, leurs représentants légaux, sont toujours libres de refuser leur participation à des recherches biomédicales ou de mettre fin, à tout moment, à cette participation.

Le Directeur général et le Ministre chargé de la Santé doivent toujours être informés de la nature et des modalités des recherches entreprises.

Référence : Code de Santé Publique - Article L1121-1 à L. 1121-17

Art 105 - Prélèvements d'organes à des fins thérapeutiques ou scientifiques

Les prélèvements du corps humain à visée thérapeutique sont réalisés dans les établissements hospitaliers autorisés. Les prélèvements d'organes ou de tissus peuvent être réalisés sur une personne décédée ou sur une personne vivante.

➤ Prélèvements sur personne décédée

Cette activité est encadrée par la coordination hospitalière de prélèvement qui veille à l'application de la réglementation en vigueur dans les domaines de l'éthique et de la sécurité sanitaire. La coordination hospitalière travaille en collaboration avec le responsable de pôle de régulation et d'appui de l'agence de biomédecine.

Le prélèvement en vue d'un don est possible dès lors que le défunt n'a pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement (consentement présumé).

Les patients qui entendent s'opposer à un tel prélèvement peuvent faire connaître leur refus par tout moyen. Ils doivent être tenus informés du droit qui leur est ouvert d'exprimer ainsi leur refus et des modalités d'expression de ce refus. Ce dernier peut notamment résulter :

- de l'inscription du patient sur le registre national des refus géré par l'agence de biomédecine ;
- d'une déclaration orale émanant directement du patient ;
- d'un écrit (lettre, mention sur un document de toute nature) ;
- de la déclaration de toute personne ayant recueilli l'expression du refus du patient.

Le prélèvement est possible :

- après la rédaction d'un procès-verbal de constat de mort réalisé sur un modèle type, signé de deux docteurs en médecine ;
- après vérification de la non-opposition du défunt au prélèvement ;
- par la consultation du registre national des refus (RNR) sur lequel peut s'inscrire toute personne à partir de l'âge de 13 ans. Cette consultation est obligatoire ;
- auprès de la famille: la loi bioéthique précise « si le médecin n'a pas eu directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir le témoignage de la famille » ;
- après la rédaction d'une demande de prélèvement à but thérapeutique, visée par le directeur de clinique ou par un cadre délégué par lui.

Particularités :

Mineurs : L'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal du mineur est obligatoire.

Majeurs faisant l'objet d'une mesure de tutelle : consentement écrit du tuteur.

Mort suspecte, traumatique ou violente (accident de la voie publique, suicide, accident de travail, crime) : la non-opposition au prélèvement du Procureur de la République est requise avant tout prélèvement.

➤ Prélèvement sur personne vivante dans un but thérapeutique uniquement

La Loi bioéthique du 6 août 2004 autorise le prélèvement sur un donneur vivant majeur sous certaines conditions :

- le prélèvement doit être effectué dans l'intérêt thérapeutique direct du receveur ;
- le receveur doit avoir la qualité de père ou de mère, de fils ou de fille, de frère ou de sœur, les grands-parents, les oncles et tantes, les cousins germains, le conjoint du père et de la mère du donneur. En cas d'urgence, le donneur peut être toute personne apportant la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans avec le receveur ;
- le donneur doit être préalablement informé des risques qu'il encourt et des conséquences éventuelles du prélèvement.

Le consentement doit être exprimé dans des conditions particulières :

- devant le tribunal de grande instance ou en cas d'urgence recueilli par le Procureur de la République ;
- le consentement est révocable à tout moment.

Particularités :

Aucun prélèvement d'organe en vue d'un don ne peut avoir lieu sur un mineur ou un majeur bénéficiant d'une mesure de protection légale.

Référence : Articles L1211-1 et suivants du code de la santé publique

Art 106 - Prélèvements de tissus, cellules et collecte de produits du corps humain

➤ Prélèvements sur une personne vivante

Le prélèvement doit être autorisé par écrit après information sur l'objet du prélèvement et ses risques. Ce consentement est révocable à tout moment. Une procédure spécifique d'information, de consentement est prévue pour les cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse.

Particularités :

Aucun prélèvement de tissus, de cellules ou produits du corps humain n'est possible sur un mineur ou une personne sous protection judiciaire

Exceptions : prélèvements de cellules hématopoïétiques issues de la moelle osseuse sur un mineur au profit de son frère, sa sœur, un cousin germain, un oncle, une tante, un neveu ou une nièce. Prélèvements de même nature sur un majeur protégé au profit de son frère et de sa sœur.

➤ Prélèvement sur une personne décédée

Même procédure que pour les prélèvements d'organes sur une personne décédée.

Prélèvements de tissus, cellules ou produits du corps humain dans un but thérapeutique ou scientifique à l'occasion d'une intervention chirurgicale pratiquée dans l'intérêt de la personne opérée.

Art 107 - Dispositions particulières applicables aux prélèvements effectués sur certaines catégories de personnes décédées

L'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale est obligatoire avant tout prélèvement effectué à des fins thérapeutiques sur un mineur. Cette autorisation écrite est requise du représentant légal lorsque le prélèvement est effectué sur un majeur faisant l'objet d'une mesure de protection légale.

Les prélèvements sur les personnes décédées de mort violente ou suspecte ne peuvent avoir lieu qu'avec la non opposition du Procureur de la République.

Des précautions spéciales s'imposent lorsque la personne sur laquelle un prélèvement est envisagé a été victime d'un accident de la route ou d'un accident du travail ou qu'elle a été reconnue atteinte d'une maladie professionnelle. Il appartient alors au praticien qui envisage d'effectuer le prélèvement d'apprécier, dans chaque cas, si ce dernier peut être effectué sans gêner ou limiter l'efficacité d'une expertise ultérieure, afin de préserver les intérêts des ayants droit et des organismes de sécurité sociale.

Pour les accidents de la voie publique la non-opposition du Procureur de la République est requise.

Pour les maladies professionnelles, la non opposition des ayants droit et des organismes de sécurité sociale est requise.

2.1.4. Conditions de séjour

Art 108 - Règles générales

La vie hospitalière requiert du patient le respect d'une certaine discipline qui s'exerce dans son intérêt propre et dans l'intérêt des autres patients.

Les patients doivent notamment veiller à ne pas gêner, par leurs comportements ou leurs propos, les autres patients ou le fonctionnement du service.

Ils doivent observer une stricte hygiène corporelle. Ils doivent être vêtus de façon décente au cours de leurs déplacements dans l'enceinte de l'hôpital.

Ils doivent respecter le bon état des locaux et objets qui sont à leur disposition. Des dégradations sciemment commises peuvent, sans préjudice de l'indemnisation des dégâts causés, entraîner l'exclusion du patient pour motif disciplinaire.

Les patients peuvent se déplacer librement au sein de l'hôpital dès lors que leur état de santé le permet et qu'ils n'entravent pas le bon fonctionnement du service hospitalier. L'application de ces dispositions est appréciée par le personnel soignant du service.

50

Art 109 - Dépôt des sommes d'argent, des titres et valeurs, des moyens de règlement et des objets de valeur

Le patient est invité à n'apporter à l'hôpital que les objets strictement utiles à son hospitalisation. Il est informé qu'il peut au moment de son admission déposer ses valeurs, moyens de paiement et bijoux auprès de la régie comptable de l'établissement et qu'il ne doit conserver auprès de lui que les objets de faible valeur.

Il est remis au patient un reçu, inventaire des objets déposés entre les mains du régisseur et des objets qu'il est autorisé à conserver sous la responsabilité de l'établissement. Un second exemplaire de ce reçu est versé au dossier administratif du patient.

Si le patient refuse le dépôt, il doit signer un imprimé dégageant « la responsabilité de l'administration hospitalière ».

Sous réserve de l'accomplissement de ces formalités, l'hôpital est responsable de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets mentionnés sur le reçu, inventaire, dans la limite d'un plafond fixé par référence au plafond de la sécurité sociale.

Toutefois, cette limitation ne s'applique pas lorsque le vol, la perte ou la détérioration résulte d'une faute de l'établissement ou de ses personnels.

Pour les objets conservés par le patient sans l'autorisation du directeur, l'hôpital n'est responsable de leur vol, perte ou détérioration qu'en cas de faute établie de l'établissement ou de ses personnels.

L'hôpital n'est pas responsable lorsque la perte ou la détérioration résulte de la nature ou d'un vice de la chose, ou lorsque le dommage était nécessaire à la réalisation d'un acte médical ou d'un acte de soins.

Référence : R1113-1 du code de la santé publique

Art 110 - Horaires quotidiens du séjour hospitalier

Le séjour hospitalier est organisé selon des horaires qui tiennent compte des besoins individuels des patients.

Les horaires des visites sont affichés à l'entrée des services médicaux concernés.

Art 111 - Visites

Le droit aux visites fait l'objet de dispositions arrêtées par le directeur délégué au pôle sur avis des chefs de services concernés. Le directeur en définit les horaires et les modalités, en précisant notamment le nombre maximum de visiteurs admis dans une chambre.

En dehors des horaires prévus, des autorisations peuvent être délivrées nominativement, pour des motifs exceptionnels, par le directeur (avec délégation éventuelle aux cadres infirmiers), avec l'accord du responsable de pôle.

Les animaux sont interdits dans les services sauf dans le cas particulier de certaines animations préalablement autorisées, et dans le cas prévu à [l'article 130 du présent règlement](#).

Le droit aux visites peut être restreint :

- pour des motifs liés à l'état des patients, ces restrictions, par lesquelles les visites sont susceptibles d'être interdites ou limitées en nombre et en durée, peuvent notamment concerner l'accès aux services hospitaliers de visiteurs mineurs de moins de 15 ans et l'accès des visiteurs à des patients hospitalisés dans certaines unités spécialisées ;
- pour les patients placés sous surveillance de la police.

Art 112 - Recommandations aux visiteurs

Les visiteurs ne doivent pas troubler le repos des patients, ni gêner le fonctionnement du service. Ils peuvent être invités par le personnel soignant à se retirer des chambres des patients ou des salles d'hospitalisation pendant l'exécution des soins et examens pratiqués sur les patients.

Les patients peuvent demander au cadre infirmier responsable du service de ne pas permettre aux personnes qu'ils désigneront d'avoir accès auprès d'eux.

Les visiteurs doivent garder une tenue correcte, éviter de provoquer tout bruit intempestif, notamment par leur conversation ou en faisant fonctionner des appareils sonores. Ils doivent respecter strictement l'interdiction de fumer prévue à l'article 214 du présent règlement.

Il est interdit aux visiteurs d'introduire dans les salles ou chambres de patients des médicaments, sauf accord exprès du médecin, et, dans tous les cas, des boissons alcoolisées ou des produits toxiques, de quelque nature qu'ils soient.

Il est veillé, dans l'intérêt du patient, à ce que ne lui soient pas remises des denrées ou des boissons, même non alcoolisées, incompatibles avec son régime alimentaire. Le cas échéant, les produits introduits en fraude peuvent être détruits à la vue du patient ou de sa famille.

Les plantes vertes ne sont pas autorisées dans les salles ou les chambres des patients.

Lorsque ces obligations ne sont pas respectées, le personnel hospitalier peut interrompre immédiatement la visite et le directeur peut décider l'expulsion du visiteur.

Art 113 - Service des repas

Les repas sont servis soit individuellement au lit du patient, ou collectivement dans certains services d'enfants ou de personnes âgées.

Un repas peut être servi aux accompagnants moyennant paiement. Pour cela, l'accompagnant passe commande, dans les délais prévus auprès du personnel du service. Dans ce cas, la facturation est établie sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année par le CHRU de Lille, en fonction du coût réel des prestations fournies.

Les frais de repas sont à acquitter auprès de la régie des recettes de l'établissement.

Art 114 - Autorisations de sortie

Les patients peuvent, en fonction de leur état de santé et de la longueur de leur séjour, bénéficier de permissions de sortie d'une durée maximale, sauf cas exceptionnel, de quarante-huit heures, à laquelle sont ajoutés les délais de route.

Ces permissions de sortie sont données, sur avis favorable du responsable de pôle, par le directeur délégué au pôle. Les horaires de départ et de retour et, le cas échéant, l'identité de l'accompagnant doivent être notés dans le service.

Lorsqu'un patient qui a été autorisé à quitter l'hôpital ne rentre pas dans les délais qui lui ont été impartis, l'administration le porte sortant, sauf cas de force majeure, et il ne peut être admis à nouveau que dans la limite des places disponibles.

Art 115 - Exercice des cultes

Les patients doivent pouvoir participer à l'exercice du culte de leur choix. L'hôpital prévoit, à cet effet, un local d'accès aisé et de dimensions suffisantes (appelé aumônerie), qui puisse servir de lieu de culte, de prière ou de recueillement aux différentes confessions.

La liste des ministres des différents cultes est mise à disposition auprès des hôtesse d'accueil et du directeur de garde.

Art 116 - Composition et missions du service social

Le service social est composé de cadres socio-éducatifs, et d'assistants de service social.

Sa mission est de faciliter sous tous ses aspects la vie des patients à l'hôpital, de rechercher et de proposer les actions nécessaires à l'accès aux soins, à la réinsertion sociale, familiale, professionnelle et scolaire. Le service social est à la disposition des patients, des familles et des proches au sein du CHRU de Lille.

Il 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.

Les assistants de service social favorisent le maintien ou l'accès aux droits sociaux et participent à la régularisation des difficultés administratives ou juridiques.

Ils aident à la mise en place des procédures de protection des personnes et des biens, lorsqu'elles s'avèrent nécessaires. Ils préparent, en collaboration avec les autres intervenants, le maintien ou le retour à domicile. Le cas échéant, ils organisent l'admission dans une structure sanitaire, médico-sociale ou sociale adaptée à la situation particulière du patient en vue d'un séjour temporaire ou de longue durée, y compris dans le cadre des hospitalisations en soins psychiatriques sous contrainte.

Art 117 - Stagiaires extérieurs

Les stages organisés pour les étudiants et professionnels au sein du CHRU de Lille doivent faire l'objet d'une convention entre ce dernier et l'établissement ou l'organisme dont dépend le stagiaire.

Les stagiaires doivent être couverts par une assurance responsabilité civile.

Ils sont tenus de respecter les dispositions du présent règlement intérieur sous la conduite de la personne responsable de leur stage.

Art 118 - Associations de bénévoles

Les associations qui proposent, de façon bénévole, des activités au bénéfice des patients au sein de l'hôpital doivent, préalablement à leurs interventions, obtenir l'autorisation du directeur et lui fournir une liste nominative des personnes qui interviendront au sein de l'hôpital.

L'accès auprès des patients est subordonné à l'accord de ces derniers ; le cas échéant, le responsable de pôle peut s'opposer à des visites ou des activités de ces associations pour des raisons médicales ou pour des raisons liées à l'organisation du service.

Les personnes bénévoles ne peuvent dispenser aucun soin.

Les associations déclarées ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des patients peuvent faire l'objet d'un agrément. L'agrément est subordonné à l'activité effective et publique de l'association en vue de la défense des droits des personnes patients et des usagers du système de santé ainsi qu'aux actions de formation et d'information qu'elle conduit. Ces associations agréées de personnes patients et d'usagers du système de santé ont la capacité d'ester en justice dans la mesure où elles représentent les usagers.

Référence : Code de la Santé Publique - Article L1112-5

Art 119 - Accès des professionnels de la presse au CHRU de Lille

L'accès des professionnels de la presse (écrite, audiovisuelle, radiophonique, photographique) au sein du CHRU de Lille est régi par un protocole presse.

Via la délégation à la communication, la direction générale doit être systématiquement informée des contacts entre le CHRU et la presse : par téléphone au 03.20.44.60.36 aux heures ouvrables (8h-18h30) et en dehors des heures et jours ouvrables via le standard qui orientera sur le directeur de garde qui décidera ou non de recourir au responsable de la communication. Une autorisation sera accordée par la délégation communication aux journalistes après avis du directeur délégué au pôle et du responsable de pôle concerné.

Les images, photographies et interviews ne peuvent être réalisées qu'avec l'accord des intéressés. Dans ce cas le journaliste doit faire signer un accord écrit à la personne concernée, ou aux parents lorsqu'il s'agit d'un mineur.

Dans ce cas, l'hôpital dégage sa responsabilité, en vertu de la loi relative à la liberté de la presse de 1881.

Art 120 - Utilisation de l'image du CHRU de Lille

Le CHRU possède une identité visuelle qui lui est propre et spécifique : un logo et une base line (Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille).

Tous les documents institutionnels, d'information (courrier, plaquette, convocation), d'hospitalisation (compte-rendu ou clichés, par exemple) et d'identification (badge, enseigne) et tous les autres documents devant porter la « marque » du CHRU doivent comporter au minimum le logo et la base line.

Chaque destinataire de ces supports d'utilisation de logo par une société extérieure au CHRU de Lille (publication d'un appel d'offre ou publicité sur le CHRU, par exemple), il est fortement recommandé de respecter les déclinaisons du logo : couleur (quadrichromie) ou monochrome (noir).

Art 121 - Interdiction d'accès aux démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs

L'accès, au sein du CHRU de Lille, des démarcheurs, photographes, agents d'affaires et enquêteurs est interdit, sauf autorisation spécifique.

S'ils pénètrent, sans autorisation écrite du directeur de clinique, dans les chambres et les locaux hospitaliers dans l'intention d'y exercer leur activité, ils doivent être immédiatement invités à quitter l'établissement.

Aucune enquête, notamment téléphonique, ne peut être menée auprès des patients sans l'accord du directeur délégué au pôle. Les patients ne peuvent en aucun cas être tenus d'y répondre.

Art 122 - Neutralité du service public

Toute personne est tenue au sein de l'hôpital au respect du principe de neutralité du service public dans ses actes comme dans ses paroles.

Conformément à ce principe :

- les visites des élus dans l'enceinte de l'hôpital ne peuvent donner lieu à aucune manifestation présentant un caractère politique ;
- les membres du conseil d'administration du CHRU de Lille ne peuvent effectuer es qualité des visites au sein de l'hôpital que lorsqu'ils sont mandatés à cet effet par le conseil d'administration ;
- les signes d'appartenance religieuse, quelle qu'en soit la nature, ne sont pas tolérés, qu'ils soient arborés, individuellement ou collectivement, par les patients, leurs familles ou les personnels, dès lors qu'ils constituent un acte de pression, de provocation, de prosélytisme sur le lieu de travail et dans l'exercice des fonctions ;
- les réunions publiques de quelque nature qu'elles soient, sont interdites au sein de l'hôpital, sauf autorisation expresse du directeur.

Référence : Circulaire du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

Art 123 - Droits civiques

En application des dispositions du Code Electoral, les patients qui sont hospitalisés et qui, en raison de leur état de santé ou de leur condition physique, sont dans l'impossibilité de se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote au sein de l'hôpital, par procuration.

Une demande doit être effectuée à cet effet, pour chaque procuration demandée, auprès d'un officier de police judiciaire ou de son délégué dûment habilité.

Par ailleurs, un patient peut, en cas de mort imminente, demander que son mariage soit célébré dans l'enceinte de l'hôpital, en présence d'un officier de l'état civil désigné par le Procureur de la République.

Art 124 - Prestataires de service au sein de l'établissement

Le directeur délégué au pôle établit la liste des prestations de service proposées aux patients au sein de l'établissement et en définit les conditions d'accès et d'exploitation. Il veille à ce que l'ensemble de ces prestations soit mentionné dans le livret d'accueil prévu à [l'article 64 du présent règlement](#).

Art 125 - Interdiction des pourboires

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les patients ou leur famille, à titre de gratification.

Le dépôt de sommes d'argent ne peut se faire que dans les conditions prévues à [l'article 109 du présent règlement](#).

Art 126 - Effets personnels

Les patients doivent prévoir, pour leur séjour à l'hôpital, du linge personnel et un nécessaire de toilette. Le linge personnel doit être compatible avec les nécessités du traitement du patient. Sauf dans les unités de soins de longue durée, son entretien n'incombe pas à l'hôpital et sa conservation obéit à des règles de responsabilité.

En cas de nécessité, l'hôpital met des vêtements appropriés à la disposition des patients, pour la durée de leur hospitalisation.

Art 127 - Courrier

Le vaguemestre est à la disposition des personnes hospitalisées pour toutes leurs opérations postales.

La distribution des lettres ordinaires est faite par son intermédiaire et elle est organisée au sein du pôle par un cadre infirmier.

Les mandats, lettres ou paquets recommandés sont remis personnellement aux intéressés, lorsque leur état le permet, par le vaguemestre ; ils sont remis en dépôt à la direction ou au gérant de tutelle, si le patient ne jouit pas de la plénitude de ses facultés mentales.

Le courrier destiné aux mineurs non émancipés leur est distribué, sauf opposition des parents.

Art 128 - Téléphone

Des appareils téléphoniques sont mis à la disposition des patients dans les chambres d'hospitalisation ou à proximité. Les patients désirant passer des appels depuis leur chambre doivent en faire la demande auprès de l'hôtesse du pôle. Les frais de connexion au réseau téléphonique sont à régler à la régie comptable de chaque hôpital.

Le CHRU de Lille définit des conditions d'accès spécifiques au réseau téléphonique, notamment en ce qui concerne la facturation. Ces conditions d'accès sont déterminées avec le souci du confort des patients, elles sont explicitées dans les services au moyen d'affiches et à la régie comptable de chaque site hospitalier.

En raison notamment des risques de perturbation avec les dispositifs médicaux fonctionnant avec des systèmes électroniques présents dans l'hôpital, les personnes en possession de téléphones portables sont tenues de les mettre et de les maintenir sur la position « ARRET » dans les locaux présentant ces risques et signalés comme tels.

L'hôpital met en place une signalétique adaptée pour informer les patients, les visiteurs et les personnels de cette interdiction dans les locaux concernés et prend toutes les mesures nécessaires pour contrôler en permanence sa stricte application en toutes circonstances.

Les personnes faisant usage d'un téléphone portable au sein de l'hôpital doivent veiller à ne provoquer de ce fait aucune gêne pour les autres personnes.

L'usage de l'appareil photographique intégré est strictement interdit dans l'ensemble de l'hôpital.

Art 129 - Usage des téléviseurs

Les patients désirant la télévision dans leur chambre doivent en faire la demande auprès de l'hôtesse du pôle. Les frais de location de la télévision sont à régler à la régie comptable de chaque hôpital.

Le personnel hospitalier veille à ce qu'en aucun cas l'usage de poste radios, de télévision ou d'autres appareils sonores ne gêne le repos des autres patients.

Art 130 - Animaux

L'article 203 du présent règlement, interdisant, sauf besoin de service ou autorisation spéciale, l'introduction d'animaux domestiques dans l'enceinte de l'hôpital, ne fait pas obstacle à ce que des chiens accompagnant les personnes titulaires d'une carte d'invalidité pour cécité soient autorisés au sein de l'hôpital.

Référence : R2112-48 du code de la santé publique

2.1.5. Sortie du patient

Art 131 - Compétence du directeur délégué au pôle en matière de sortie

Lorsque l'état du patient ne requiert plus son maintien dans l'un des services de l'hôpital, sa sortie est prononcée par le directeur sur proposition du responsable de pôle ; le directeur ou son représentant dûment habilité mentionne la sortie sur la fiche individuelle du patient.

Il signale la sortie d'un militaire au chef de corps ou, à défaut, à la gendarmerie.

Le cas échéant, sur proposition médicale et en accord avec le patient et sa famille, il prend toutes dispositions en vue du transfert immédiat du patient dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation ou de soins de longue durée adapté à son cas, dans les conditions prévues à [l'article 70 du présent règlement](#).

Art 132 - Modalités de la sortie

La sortie donne lieu à la remise au patient d'un bulletin de sortie indiquant les dates de l'hospitalisation. Ce bulletin ne doit porter aucun diagnostic ni aucune mention d'ordre médical relatifs à la maladie qui a motivé l'hospitalisation.

Tout patient sortant doit recevoir les certificats médicaux et les ordonnances nécessaires à la continuité des soins et des traitements requis ainsi qu'à la justification de ses droits.

En cas de nécessité médicale, une prescription de transport sanitaire (par ambulance ou tout autre transport sanitaire) peut être établie, lors de la sortie, par un médecin hospitalier. Cette prescription peut le cas échéant permettre la prise en charge du transport par un organisme de protection sociale.

Dans le cas où le coût du transport est à la charge du patient, celui-ci dispose du libre choix de l'entreprise qui assure le transport. L'hôpital tient à la disposition des patients la liste complète des entreprises de transport en ambulance agréées du département.

Tout patient reçoit, lors de son admission, un questionnaire destiné à recueillir ses appréciations et ses observations ; il peut déposer ce questionnaire auprès de l'administration de l'hôpital sous pli cacheté et, s'il le désire, sous une forme anonyme.

Art 133 - Sortie contre avis médical

À l'exception des mineurs et des personnes hospitalisées en soins psychiatriques sous contrainte, les patients peuvent, sur leur demande, quitter à tout moment l'hôpital.

Toutefois, si le médecin estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, cette sortie est effectuée dans le respect des procédures prévues à [l'article 86 du présent règlement](#).

Le patient doit alors signer une décharge consignnant sa volonté de sortir contre avis médical et sa connaissance des risques éventuels ainsi encourus. En cas de refus de signer cette décharge, un procès-verbal est établi et signé par deux témoins ; il atteste de la bonne foi et de la qualité des explications des soignants.

Si la sortie contre avis médical est demandée pour un mineur par son représentant légal, le directeur peut saisir le Procureur de la République afin de provoquer les mesures d'assistance qu'il juge nécessaires.

Les modalités de la sortie sont consignées dans le dossier médical.

Art 134 - Sortie à l'insu du service

Au cas où un patient a quitté l'hôpital sans prévenir et que les recherches entreprises pour le retrouver sont demeurées vaines, le directeur de l'hôpital ou son représentant dûment habilité doit prévenir le commissariat de police, s'il s'agit d'une personne mineure, d'une personne majeure hospitalisée sans son consentement ou, d'une manière générale, si la situation l'exige. Il doit également informer sans délai la famille ou le représentant légal du patient.

En fonction de la pathologie du patient, le médecin traitant est informé par téléphone et/ou par courrier de la fugue du patient.

La sortie du patient est prononcée le jour où il a quitté l'hôpital, à minuit.

Art 135 - Sortie des nouveau-nés

L'enfant quitte l'hôpital en même temps que sa mère, sauf en cas de nécessité médicale, notamment pour les enfants prématurés, ou en cas de force majeure.

Ces cas sont constatés par le médecin chef de pôle.

Art 136 - Sortie disciplinaire

La sortie des patients peut, hors les cas où leur état de santé l'interdirait, être prononcée par le directeur, après avis médical, par mesure disciplinaire fondée sur le constat d'un manquement grave aux dispositions du présent règlement intérieur.

Pour les mêmes motifs et suivant les mêmes procédures, le directeur peut également organiser le transfert des patients dans un autre service, une autre clinique ou dans un autre établissement.

Dans ces circonstances, une proposition alternative de soins est au préalable faite au patient, afin d'assurer la continuité des soins.

2.1.6. Facturation

Art 137 - Principe du paiement

Toute journée d'hospitalisation et tout soin réalisé en externe est facturable ; elle doit être payée au CHRU de Lille.

Le paiement doit être effectué à l'ordre de la Recettes des Finances par le débiteur dûment désigné (organisme d'assurance maladie, patient, autres tiers).

Art 138 - Tarifs des prestations journalières

Les tarifs des prestations représentent le coût moyen d'une journée d'hospitalisation dans une discipline médicale donnée. Les tarifs applicables sont arrêtés chaque année par l'Agence Régionale de Santé.

Il existe un tarif par discipline d'hospitalisation, commun à l'ensemble des hôpitaux du CHRU de Lille, facturé par journée de présence au sein de l'hôpital, selon des règles spécifiques.

Art 139 - Forfait journalier

Le forfait journalier est fixé chaque année par arrêté interministériel et représente une contribution forfaitaire du patient à ses frais de séjour. Le forfait journalier n'est pas compris dans les tarifs de prestations : il est toujours facturable en sus.

Il obéit à des règles particulières de facturation, qui varient suivant les conditions de prise en charge du séjour. Le directeur veille à ce que le patient soit informé de ces règles.

Art 140 - Paiement des frais de séjour et provisions

Dans le cas où les frais de séjour des patients ne sont pas pris en charge par un organisme d'assurance maladie ou par tout autre organisme, les intéressés ou à défaut, leur famille ou un tiers responsable doivent souscrire un engagement de payer les frais de séjour dès l'admission.

Sauf en cas d'urgence médicalement constatée, les patients étrangers non-résidents sur le territoire français sont tenus au dépôt d'une provision basée sur la durée prévisible du séjour, sauf pour les étrangers résidant dans un pays de l'Union Européenne munis du document E 112 attestant la prise en charge par les autorités ou organismes sociaux de leur pays d'origine.

La programmation de l'hospitalisation est alors subordonnée au versement de la provision. En cas de sortie avant l'expiration du délai prévu, la fraction dépassant le nombre de jours de présence est restituée.

En cas de non paiement des frais de séjour, la recette des finances du CHRU de Lille exerce des poursuites à l'encontre des patients, le cas échéant de leurs débiteurs ou obligés alimentaires.

Art 141 - Prestations fournies aux accompagnants

Les frais d'hébergement et de repas engagés par l'hôpital pour les personnes accompagnant les patients sont facturables sur la base d'un tarif forfaitaire fixé chaque année.

Cependant, la mise à disposition d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation dans deux cas :

- pour les personnes assistant un enfant de moins de 15 ans 3 mois (notamment en chambre mère-enfant) ;
- pour les personnes assistant un patient bénéficiant de la « prestation chambre particulière » ;
- pour les personnes assistant un patient en fin de vie.

Si l'accompagnant ne peut être « hébergé » par le service de soins, il trouvera dans le livret d'accueil les coordonnées des structures répondant à ses besoins.

2.2. Dispositions spécifiques

2.2.1. Personnes âgées (unités de soins de longue durée et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes)

Art 142 - Libre choix de la personne

Conformément à l'article 59 du présent règlement, la personne âgée en perte d'autonomie garde la liberté de choisir son mode de vie et l'établissement dans lequel elle séjournera. Le directeur délégué au pôle s'assure donc, dans la mesure du possible, que la famille et les divers intervenants respectent le désir réel du patient ou résidant.

L'admission doit être préparée en liaison avec l'intéressé et sa famille et recevoir son accord. Nul ne peut être admis au sein d'une unité de soins de longue durée ou en établissement d'hébergement pour personne âgée dépendante sans une information et un dialogue préalables, effectués en liaison avec les institutions et le service social de l'établissement d'accueil de la personne.

Art 143 - Modalités de l'admission

L'admission peut être prononcée selon deux modalités, conformément aux articles 65 et 67 du présent règlement :

- l'admission directe ;
- l'admission à la suite d'un transfert, consécutive à une hospitalisation dans un service de soins aigus ou un service de soins de suite et de réadaptation, conformément à l'article 70 du présent règlement. Lors de l'admission, un contrat de séjour dénommé « document individuel de prise en charge » est cosigné. Un original est remis au patient ou résidant ainsi qu'à son référent.

Art 144 - Accueil

Le cadre de santé, responsable de l'unité au sein du pôle spécialités médicales et gérontologie, organise l'accueil de la personne âgée et veille à son installation.

Il assure la liaison entre le pôle et les structures administratives et organise l'aide nécessaire au résidant pour tout ce qui touche à sa santé, son confort et sa vie quotidienne.

Art 145 - Frais de séjour

Les frais de séjour se décomposent en 3 forfaits distincts :

- le forfait « soins » pris en charge par l'organisme social dont dépend le patient ;
- le forfait « dépendance » fixé en fonction du niveau de dépendance du patient déterminé selon une grille d'autonomie nationale AGGIR (Autonomie Gérontologie Iso Ressources), pris en charge d'une part, par le conseil général au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie et d'autre part, par l'intéressé ou le conseil général ;
- le forfait « hébergement » est à la charge du résidant quel que soit son niveau de dépendance, ou de sa famille (au titre de l'obligation alimentaire), ou de l'aide - sociale du département dont il relève.

L'admission à titre payant : il appartient alors à la personne âgée ou à son garant de régler tous les mois, à la Recette des Finances du CHRU de Lille, l'intégralité des sommes facturées.

L'admission au titre de l'aide sociale aux personnes âgées : 90% des ressources du résidant sont reversées par la recette des finances du CHRU de Lille à la direction de l'aide sociale du département dont il relève.

Une participation au titre de l'obligation alimentaire est demandée à chaque enfant et au conjoint. Celle-ci est fixée par le conseil général en fonction de leurs propres revenus.

Art 146 - Information des personnes sur les conditions financières de l'hébergement

Les résidents ou leur famille doivent être informés, préalablement à l'admission, y compris en cas de transfert, des conditions financières d'hébergement par le service social du pôle spécialités médicales et gérontologie.

Une notice, mise à disposition en libre service, indique la nature des prestations couvrant les différents forfaits et prises en charge financières. Des panneaux d'affichage indiquent les tarifs et prestations.

La dignité, l'identité et la vie privée du résidant doivent être strictement respectées. Il a le droit, à tout moment, d'exprimer ses choix et ses souhaits.

Art 147 - Projet de soins et projet de vie

La direction, les médecins, les soignants et le service social s'efforcent de promouvoir un projet de soins et un projet de vie destinés à favoriser la prise en compte de l'état global du résidant, en respectant avant toute chose sa dignité et son bien-être.

L'élaboration du projet de soins organise le fonctionnement en équipe prenant en compte les besoins individuels du résidant et, notamment la prise en charge de la dépendance. Ce projet doit rechercher le maintien ou l'amélioration du niveau d'autonomie durant le séjour et favoriser les liens du résidant avec ses proches et son environnement.

Le respect de la vie personnelle des résidants et de leur vie sociale au sein du pôle spécialités médicales et gériatrie est un élément essentiel dans la prise en charge des résidants. Leur participation doit être envisagée dans de multiples domaines. Toutes les initiatives au sein du CHRU de Lille tendant à l'animation et à l'amélioration du cadre de vie doivent être favorisées, qu'elles émanent des résidants, des familles, des représentants légaux, des personnels ou de personnes bénévoles extérieures à l'hôpital. Ces initiatives sont coordonnées par l'établissement après avis du conseil de la vie sociale et s'articulent avec le projet de soins. Elles doivent être évaluées régulièrement.

Art 148 - Relations avec les familles

La coopération des familles et des représentants légaux à la qualité de la vie au sein du pôle spécialités médicales et gériatrie doit être encouragée et facilitée. L'équipe hospitalière doit veiller à ce que les proches ou les visiteurs ne se sentent pas rejetés de l'unité de soins, ni des activités d'animation auxquelles ils peuvent être invités à participer.

Chaque fois que les conditions le permettent, les proches peuvent être invités par l'équipe soignante à participer activement au soutien du résidant : présence pendant la nuit (en cas d'aggravation de l'état de santé ou en fin de vie), présence pendant les repas (en l'absence de soins spécifiques), permission de sortie.

Dans la mesure du possible, le pôle spécialités médicales et gériatrie s'efforce de mettre à la disposition des familles un lieu pour qu'elles puissent rencontrer régulièrement les soignants et les différents intervenants du projet de vie.

Art 149 - Protection des personnes vulnérables

Le CHRU de Lille est garant de la protection du résidant en situation de vulnérabilité, que celle-ci résulte de l'altération de ses facultés mentales ou de toute autre forme de dépendance.

Art 150 - Déroulement des soins

Le déroulement et la nature des soins et des examens entrepris ainsi que la durée probable de l'hospitalisation doivent, dans toute la mesure du possible, faire l'objet d'explications compréhensibles, conformément à *l'article 90 du présent règlement*

Art 151 - Liberté des patients et règles de vie

Pendant leur séjour, les résidants doivent bénéficier de toutes les libertés compatibles avec les exigences de la vie collective.

Ils doivent, dans l'intérêt général, respecter certains horaires définis pour le pôle. Ils doivent également respecter la tranquillité de leurs voisins et ne créer aucun désordre à l'intérieur de l'établissement.

Art 152 - Argent liquide

L'argent du patient est sa propriété personnelle et exclusive. La souplesse qui lui est laissée dans sa gestion constitue un aspect important de sa liberté et de son autonomie.

Toutefois, conformément à l'article 109 du présent règlement, les patients ne peuvent garder de somme d'argent importante dans leur chambre. Afin d'éviter les vols, l'argent peut être déposé auprès de la régie comptable.

La remise de l'argent de poche est effectuée par le régisseur soit en présence de la famille, soit en présence d'un ou plusieurs témoins, membre(s) du personnel de l'unité de soins du patient à condition que le résidant soit conscient et capable de signer.

Si le résidant est reconnu, par le médecin hospitalier, incapable de gérer son argent de poche du fait de l'altération de ses facultés mentales ou corporelles, l'argent de poche reste sur son compte à la recette des finances du CHRU de Lille.

Aucune somme d'argent ne doit être versée aux personnels par les résidants ou leur famille à titre de gratification.

Art 153 - Domicile

Lorsque le séjour du patient revêt un caractère définitif, l'hôpital gériatrique « Les Bateliers » devient son domicile. Il obtient sa domiciliation à l'hôpital gériatrique sur ses papiers officiels.

Sous réserve des nécessités du pôle, le patient a le droit de se dire chez lui dans l'enceinte de sa chambre et d'être protégé contre la curiosité publique.

Les personnels et les visiteurs extérieurs doivent frapper avant d'entrer et ne pénétrer dans la chambre, dans toute la mesure du possible, qu'après y avoir été invités par le patient.

Les patients et résidants hébergés en secteur de soins de longue durée ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne sont pas obligés de souscrire une police d'assurance garantissant leur responsabilité civile. Le contrat « responsabilité civile » signé avec l'assureur du CHRU de Lille comprend cette garantie.

Art 154 - Personnalisation des chambres

Le directeur délégué au pôle peut autoriser les résidants bénéficiant d'une chambre individuelle à apporter des objets personnels. Toutefois, leur installation ne doit pas engendrer de gêne à l'occasion des soins et de l'entretien de la chambre, ni constituer un obstacle à la sécurité des locaux. Elle doit notamment être conforme aux normes de sécurité anti-incendie.

Toutes les chambres et lieux de vie sont gratuitement équipés de téléviseurs appartenant au CHRU de Lille.

Art 155 - Permission de sortie et congés

Sur avis médical favorable, des permissions de sortie de courte durée (inférieures à 48 heures) peuvent être accordées aux résidents, dans les conditions prévues à l'article 112 du présent règlement. Les résidents peuvent également bénéficier de 35 jours de sortie (congés annuels) dans l'année civile. À leur retour, les résidents doivent retrouver leur chambre au sein de l'hôpital gériatrique.

Si la sortie est supérieure à 72 heures le forfait dépendance n'est pas facturable au résident dès le 1^{er} jour d'absence. Cependant, le patient en permission de sortie ou en congés continuera à percevoir l'Aide Personnalisée d'Autonomie (APA) durant une durée de 30 jours suivant sa sortie.

Art 156 - Hospitalisation en court séjour

Dans l'hypothèse où le résident doit être hospitalisé dans une autre unité de soins ou un autre établissement, son lit est gardé à sa disposition au sein des bateliers où il était jusqu'alors pris en charge, sauf s'il manifeste de lui-même l'intention de quitter définitivement le pôle gériatrique, l'unité de soins de longue durée ou l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. La durée pendant laquelle le lit est gardé à disposition est de 24 jours.

Pendant cette absence, le forfait « hébergement » continue d'être facturé, déduction faite de la part due au titre de l'hospitalisation (forfait journalier). Le forfait dépendance n'est pas facturé, cependant le résident continue de bénéficier de l'APA pendant les 30 premiers jours de l'hospitalisation.

Art 157 - Sortie disciplinaire

Conformément à l'article 134 du présent règlement, les résidents qui refuseraient d'observer les prescriptions du règlement intérieur ou dont la conduite serait une cause de désordre permanent pourront, après en avoir été avertis par le directeur et sur avis du Conseil de la vie sociale, soit être transférés dans un autre établissement ou être exclus du CHRU de Lille.

Art 158 - Sortie volontaire

Sauf en cas de nécessité médicale, les résidents peuvent quitter l'hôpital à tout moment, sur leur demande.

La sortie contre avis médical est effectuée dans le cadre des procédures prévues à [l'article 133 du présent règlement](#).

2.2.2. Patients mineurs

Art 159 - Garde et protection des mineurs

Le CHRU de Lille est responsable des mineurs qui lui ont été confiés pour des examens médicaux ou des soins. En cette qualité, il est tenu de prendre en charge les besoins de l'enfant, notamment au plan psychologique, et de favoriser les mesures de protection appropriées, lorsqu'elles s'imposent.

Art 160 - Consultations pour les mineurs non accompagnés

Lorsqu'un mineur non accompagné se présente aux consultations, il est accepté sous certaines conditions :

- s'il s'agit d'une urgence médicalement constatée ;
- s'il est déjà suivi ;
- si le rendez-vous a été pris par ses parents ou par son tuteur.

Art 161 - Admission des patients mineurs

L'admission des mineurs est prononcée à la demande du ou des représentant(s) de l'autorité parentale, du tuteur ou de l'autorité judiciaire. Ceci s'applique aussi dans le cas d'un mineur placé sous la protection de l'Aide Sociale à l'Enfance.

En cas d'intervention chirurgicale, leur autorisation écrite et signée est obligatoire, sauf urgence ou impossibilité, à la suite d'une information donnée par un professionnel de santé dans le cadre de ses compétences.

Art 162 - Mineurs présentés en urgence

Toutes les mesures utiles sont prises pour que la famille des mineurs hospitalisés en urgence soit prévenue par les soins du CHRU de Lille, conformément à [l'article 82 du présent règlement](#).

Si l'admission en urgence ne se révèle pas nécessaire et n'est pas prononcée, la sortie du mineur ne peut se faire que selon la procédure prévue à [l'article 166 du présent règlement](#).

Les mineurs présentés en urgence reçoivent les premiers soins nécessaires et sont ensuite dirigés vers une unité pour enfants, s'ils sont transportables.

Art 163 - Hospitalisation des enfants

Le directeur délégué au pôle organise, avec l'accord des médecins responsables des pôles ou des unités concernés, les modalités d'accompagnement des enfants par leurs parents au cours de leur hospitalisation. Les parents seront informés des possibilités d'hébergement qui existent au CHRU de Lille ou à proximité immédiate (chambres parents enfants, maison des parents, maison familiale hospitalière).

Les parents ou toute autre personne qui s'occupe de l'enfant doivent pouvoir 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 patients.

Ils doivent pouvoir assister aux soins médicaux et infirmiers, s'ils le souhaitent et si, à l'expérience, leur présence ou leur comportement ne s'avère pas incompatible avec une bonne exécution des soins, ou avec les prescriptions de sécurité (radioprotection...).

S'ils ne peuvent demeurer auprès de leur enfant pendant son hospitalisation, les parents doivent avoir la possibilité de s'informer régulièrement de son état de santé auprès du personnel qualifié. Lorsque l'état de l'enfant le permet, ils doivent pouvoir communiquer avec lui par téléphone.

Art 164 - Admission des patients mineurs relevant du service de l'aide sociale à l'enfance

L'admission d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur lui a été confié par son père, mère ou tuteur. Toutefois, même dans ce cas, lorsque ces derniers ne peuvent être joints en temps utile, le service d'aide sociale à l'enfance demande l'admission.

Lorsque le patient relève d'un service départemental de l'aide sociale à l'enfance, le directeur de la clinique adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission, au directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance le certificat confidentiel du médecin responsable de pôle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation.

Art 165 - Autorisations de sortie des mineurs en cours d'hospitalisation

Des permissions de sortie peuvent être accordées en cours d'hospitalisation, conformément aux dispositions de [l'article 114 du présent règlement](#).

Les mineurs ne peuvent toutefois être confiés qu'à leur père, mère, gardien ou tuteur. La personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale doit préciser à la direction du pôle si le mineur peut quitter seul le CHRU de Lille ou s'il doit être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée. Un document de décharge sera à compléter dans tous les cas de prise en charge d'un patient mineur.

La personne emmenant l'enfant doit présenter une pièce d'identité et un courrier d'autorisation de sortie signée par le détenteur du droit de garde ou les détenteurs du droit de garde lors d'une autorité conjointe.

Art 166 - Sortie des mineurs en fin d'hospitalisation

La personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale informée de la sortie prochaine du mineur, doit préciser à la direction ou au chef de pôle dans lequel l'enfant est hospitalisé si le mineur peut quitter seul l'établissement ou s'il doit lui être confié ou être confié à une tierce personne qu'elle a expressément autorisée.

Dans le cas où la sortie du mineur est effectuée entre les mains de la personne ou les personnes exerçant l'autorité parentale, le droit de garde ou du tiers que cette dernière a autorisé, des justifications sont exigées (pièces d'identité, extrait de jugement et courrier d'autorisation). La photocopie de ces justifications est conservée dans le dossier du patient.

2.2.3. Femmes enceintes

Art 167 - Admission en maternité

Dans le cadre du contrat d'objectifs et de moyens du CHRU de Lille, et en vue d'assurer la sécurité de prise en charge des grossesses dans la région, un dispositif de régulation a été mis en place. Ce dispositif s'inscrit dans un réseau de soins. La régulation, ainsi organisée, permet au CHRU d'assurer ses missions d'accueil de proximité pour les grossesses normales, et de recours pour les grossesses difficiles.

En l'absence de lit disponible au sein du CHRU, le directeur concerné organise, en concertation avec le corps médical, l'admission de la femme enceinte, ou de la femme accouchée et de son enfant, dans une autre maternité membre du Réseau Périnatal du Bassin de Vie Lille Métropole.

Art 168 - Secret de la grossesse ou de la naissance

Si, pour sauvegarder le secret de la grossesse ou de la naissance, l'intéressée demande le bénéfice du secret de l'admission dans les conditions prévues par le Code de la Famille et de l'Aide Sociale, aucune pièce d'identité n'est exigée et il n'est procédé à aucune enquête. Le directeur doit alors informer de cette admission le directeur du service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

Les frais d'hébergement et d'accouchement sont pris en charge par le service de l'aide sociale à l'enfance du département où se trouve l'hôpital. Toutefois, cette prise en charge n'est pas de droit lorsque le nom du père ou de la mère de l'enfant figure dans l'acte de naissance établi dans le délai légal de 3 jours fixé par le Code Civil.

Référence :

Code Civil - Article 55

Code de l'Action Sociale et des Familles - Article L222-6

Art 169 - Admission des femmes désirant subir une Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

Des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre.

Si la patiente est mineure et exprime le désir de garder le secret à l'égard de l'autorité parentale ou de son représentant légal, elle doit être accompagnée d'une personne majeure qu'elle aura désignée elle-même.

Le dossier d'admission doit, dans ce cas, comporter une autorisation provenant de la patiente de pratiquer l'intervention et les actes qui lui sont liés.

Référence : Articles L. 2212-1 et suivants du code de la santé publique

Art 170 - Dispositions particulières relatives à l'Interruption volontaire de Grossesse (IVG)

La loi réprime le délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse en instituant des sanctions pénales à l'encontre de tout manifestant qui empêche ou tente d'empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes ou soins qui lui sont préalables :

- soit en perturbant l'accès à l'hôpital Jeanne de Flandre ou la libre circulation des personnes à l'intérieur de cet établissement ;

- soit en exerçant des menaces ou tout acte d'intimidation à l'encontre des personnels travaillant au sein de l'hôpital Jeanne de Flandre ou des personnes venues en consultation.

Lorsque cette infraction est commise, le directeur du CHRU de Lille est tenu de porter plainte contre son ou ses auteur(s) pour délit d'entrave.

Référence : Article L2223-2 du Code de la Santé Publique

2.2.4. Patients étrangers

Art 171 - Admission des patients étrangers

En cas d'urgence médicalement constatée, l'admission d'un patient étranger non-résident en France est de droit, quelles que soient les conditions de sa prise en charge administrative.

Hors les cas d'urgence, l'admission d'un patient étranger est subordonnée à la délivrance d'une prise en charge ou au versement d'une provision calculée sur la base de la durée prévisionnelle du séjour.

Le patient ou le personnel peut demander l'aide d'un interprète en consultant le site Intranet du CHRU (accès : Direction des Ressources Humaines / site « les interprètes du CHRU » / Recherche d'interprètes).

2.2.5. Militaires et victimes de guerre

Art 172 - Admission des militaires

Les militaires professionnels, patients ou blessés, ne peuvent pas, en principe, être hospitalisés au sein du CHRU de Lille, sauf en cas d'urgence et pour une durée limitée à 48 heures, ou s'ils sont expressément transférés d'un hôpital militaire.

En cas d'hospitalisation, les frais de séjour des militaires de carrière sont pris en charge par la caisse nationale militaire de sécurité sociale.

Art 173 - Admission des militaires en urgence

Si le directeur est appelé à prononcer l'admission d'un militaire dont l'état réclame des soins urgents, il signale cette admission aux autorités militaires.

Dès que l'état de santé de l'hospitalisé le permet, celui-ci est évacué sur l'hôpital des armées ou le centre hospitalier mixte le plus proche.

Art 174 - Admission des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des Pensions Militaires, d'Invalidité et des Victimes de Guerre

Les bénéficiaires de l'article L115 sont tenus de laisser leur carnet de soins gratuits à la disposition de l'administration du CHRU de Lille pendant la durée de leur hospitalisation.

Leurs frais d'hospitalisation sont toujours entièrement pris en charge. Lorsque les soins sont en rapport avec la blessure ou la maladie qui ouvre le droit à la pension, les frais de séjour sont pris en charge par le ministère chargé des anciens combattants. Lorsque les soins ne sont pas en rapport avec la maladie ou la blessure qui ouvre le droit à la pension, les frais de séjour sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, sur la base du taux de pris en charge reconnu au patient.

Référence : Article L115 du Code des pensions militaires, d'invalidité et des victimes de guerre

2.2.6. Patients souffrant de troubles mentaux et incapables majeurs

Art 175 - Admission des personnes atteintes de troubles mentaux

L'admission de personnes atteintes de troubles mentaux peut intervenir selon trois modalités distinctes qui sont :

- l'hospitalisation libre (cas d'une personne hospitalisée avec son consentement) ;
- l'hospitalisation sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (cas d'une personne hospitalisée par la volonté de la famille ou de l'entourage ou en cas de risque d'atteinte à sa propre vie) ;
- l'hospitalisation sur demande du représentant de l'Etat dans le département ou de l'autorité judiciaire (cas d'une personne dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public et la sécurité des personnes).

L'hospitalisation libre des personnes atteintes de troubles mentaux est la règle et l'hospitalisation sans consentement l'exception. Dès son admission et, par la suite, à sa demande, le patient est informé de sa situation juridique et de ses droits.

Les patients en hospitalisation libre disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux patients hospitalisés pour une autre cause, et notamment le droit d'aller et venir librement à l'intérieur du pôle et au sein de l'hôpital. Dans le cas où le fonctionnement du pôle justifie la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des patients. En aucun cas, elles ne peuvent porter atteintes à leur liberté d'aller et venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.

Les patients en hospitalisation sous contrainte ne peuvent être accueillis que dans des hôpitaux ou services hospitaliers spécialement habilités à cet effet.

Les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement. En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Référence : Articles L3211-1 et suivants du code de la santé publique

Art 176 - Gestion des biens des incapables majeurs

Les biens des incapables majeurs hospitalisés au sein de l'hôpital peuvent, sur ordonnance ou jugement du juge des tutelles, être gérés par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs qui exerce ces fonctions sous son contrôle.

Le mandataire judiciaire peut être un agent du CHRU de Lille choisi par le directeur du CHRU parmi les personnels administratifs titulaires. Le gérant de tutelle à l'hôpital ne manie aucun fonds. Seul le régisseur de l'établissement est habilité à percevoir les fonds de l'incapable majeur et à assurer le dépôt des biens ainsi placés en gérance.

2.2.7. Patients gardés à vue et détenus

Art 177 - Admission des personnes gardées à vue

L'admission des personnes gardées à vue est prononcée dans les mêmes conditions que celle des patients relevant du droit commun.

Leur surveillance est assurée par l'autorité de police ou de gendarmerie qui a prononcé la garde à vue, sous le contrôle du Procureur de la République.

Art 178 - Admission des détenus

L'admission des détenus patients ou blessés est prononcée dans les mêmes conditions que celles des patients relevant du droit commun.

Ces patients ou blessés sont hospitalisés au sein du CHRU de Lille, dans des locaux de l'Unité Hospitalière Sécurisée Interrégionale (UHSI). Toutefois, cela ne fait pas obstacle à ce que le CHRU puisse assurer l'hospitalisation des détenus dans d'autres locaux en cas d'urgence ou de soins spécialisés.

Le dossier médical des détenus est placé sous la responsabilité exclusive du CHRU.

Art 179 - Soins dispensés en milieu pénitentiaire

Le CHRU de Lille assure les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire. Il concourt aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées dans les établissements pénitentiaires avec lesquels il est lié par convention.

Le maintien de l'ordre et la sécurité dans les locaux, où les personnels hospitaliers dispensent ces soins et accomplissent ces actions, sont assurés par l'administration pénitentiaire.

Les dépenses afférentes aux soins ainsi dispensés sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Art 180 - Secteur d'admission des détenus

Les détenus sont en principe hospitalisés dans le cadre du service public hospitalier. Cependant, sur décision expresse du Ministre de la Justice, ils peuvent être traités à leurs frais dans le cadre de l'activité libérale des praticiens.

Art 181 - Surveillance des détenus

Les mesures de surveillance et de garde des détenus incombent exclusivement aux personnels de police, de gendarmerie, des forces armées ou de l'administration pénitentiaire. Elles s'exercent sous la responsabilité de l'autorité militaire, de la police ou de l'administration pénitentiaire.

En aucun cas la délégation à la sécurité du CHRU de Lille ne doit être amenée à y participer. Tout incident grave doit être signalé aux autorités compétentes.

2.2.8. Autres cas particuliers

Art 182 - Admission des patients ayant la qualité d'évacués sanitaires

Des patients non-résidents en France peuvent être admis au sein du CHRU de Lille dans le cadre des entrées sanitaires d'urgence décidées par les autorités ministérielles. Des prises en charge peuvent alors être accordées au titre de l'aide médicale de l'État.

Art 183 - Admission des patients devant confier provisoirement des enfants au service de l'aide sociale à l'enfance

Lorsqu'un patient souhaite, durant son hospitalisation, confier ses enfants au service de l'aide sociale à l'enfance, le directeur délégué au pôle doit prendre les dispositions nécessaires pour :

- se rapprocher du service de l'aide sociale à l'enfance, celui-ci fournit au CHRU de Lille un imprimé de demande d'accueil provisoire que doit émettre le patient-parent ;
- permettre l'accompagnement de l'enfant dans le service d'accueil de l'aide sociale à l'enfant, cependant, le personnel de l'aide sociale à l'enfance, dans de nombreux cas, vient chercher lui-même l'enfant ;
- que les médecins fassent un examen médical de l'enfant si on repère, lors de son passage dans les services, une situation nécessitant un tel acte.

Art 184 - Admission des agents du CHRU de Lille

L'hospitalisation au sein d'un site du CHRU d'un agent hospitalier en activité ou d'un praticien hospitalier à plein temps en activité, titulaire ou stagiaire au CHRU, donne lieu à la prise en charge des frais d'hospitalisation non couverts par la Sécurité sociale, à savoir : le ticket modérateur et le forfait journalier, dans la limite de six mois.

En cas d'hospitalisation dans un établissement public de santé autre que le CHRU, les frais ne sont pris en charge que dans des cas exceptionnels et sur autorisation du directeur des ressources humaines.

Art 185 - Admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation

L'admission au sein d'une unité de soins de suite et de réadaptation est prononcée pour les patients qui requièrent des soins continus dans un but de réadaptation.

Les soins de suite ou de réadaptation recouvrent deux domaines : les Soins de Suite et Réadaptation et la Médecine Physique et Réadaptation. Les critères d'entrée pour ce dernier domaine sont la nécessité d'une rééducation d'au moins deux heures par jour ou faisant intervenir deux professionnels de la rééducation.

Les autres soins de suite regroupent des services polyvalents, de gériatrie, de soins palliatifs, des foyers de post-cure ou pouponnières, par exemple. Ils peuvent être spécialisés dans certains domaines de soins, sans rééducation intensive.

Dans tous les cas, la mission du soin de suite est d'assurer la continuité des soins médicaux et d'organiser le mode de sortie approprié à la situation du patient.

Les unités spécialisées reçoivent les patients atteints de certaines affections qui sont susceptibles d'amélioration.

Les admissions dans ces unités ne sont prononcées qu'après accord du responsable de pôle intéressé. Il existe deux modes d'admission :

- soit l'admission directe, qui nécessite l'accord préalable du service de contrôle médical du centre de sécurité sociale dont dépend le patient ;
- soit l'admission à la suite d'un transfert, tout patient hospitalisé dans un établissement du CHRU de Lille, qui a dépassé la phase aiguë de l'affection pour laquelle il était soigné mais qui présente néanmoins des séquelles relevant d'un traitement médical ou de rééducation, peut être transféré dans une unité de soins de suite et de réadaptation, sur proposition du chef de pôle où il est traité. Dans ce cas, le service de contrôle médical de la caisse de sécurité sociale dont relève le patient doit être averti dans un délai de 48heures.

Quel que soit le mode d'admission du patient, des prolongations de séjour doivent être demandées, au cas où elles apparaissent nécessaires, dès l'expiration de la durée du séjour initial. Les unités de soins de suite et de réadaptation, qu'elles soient ou non spécialisées, ne reçoivent les patients que temporairement.

Lorsque le médecin refuse une prolongation de séjour d'un patient présent dans une telle unité, la sortie de l'intéressé est prononcée.

À la sortie, deux éventualités sont possibles :

- ou bien l'état du patient lui permet de retourner vivre à son domicile, dans son milieu familial, dans une maison de retraite ou dans toute autre institution d'hébergement, avec, si besoin, le concours des services d'hospitalisation ou de soins à domicile ;
- ou bien le patient a perdu son autonomie et son état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien. Dans ce cas, son transfert dans une unité de soins de longue durée ou une section de cure médicale doit être effectué, dans les conditions prévues à [l'article 142 du présent règlement](#).

Il appartient à l'assistant de service social chargé de l'unité de soins concernée de rechercher la solution qui convient à chaque situation particulière, en tenant compte des souhaits du patient, s'il est en mesure de les exprimer, en liaison avec l'ensemble de l'équipe de soins, avec la famille et, le cas échéant, le tuteur.

L'assistant social doit chercher un établissement en tenant compte des recommandations du médecin et du souhait du patient.

2.3. Naissances et décès

Art 186 - Déclaration de naissance

La déclaration de la naissance d'enfants au sein de l'hôpital est effectuée par une antenne de la mairie de Lille, chargée de l'état civil, conformément aux dispositions du Code Civil, dans les trois jours suivant l'accouchement.

Un document déclaratif est établi à cet effet par le directeur délégué au pôle ou, par délégation, par une sage-femme de l'hôpital, sur les indications données par la mère de l'enfant nouveau-né. Un exemplaire de ce document est porté par un agent de l'hôpital Jeanne de Flandre à l'antenne de la mairie de Lille. Un second exemplaire de ce document est inclus dans le registre d'inscription des naissances tenu par l'hôpital Jeanne de Flandre.

Art 187 - Déclarations spécifiques aux enfants décédés dans la période périnatale

La déclaration d'enfant sans vie est établie conformément aux dispositions du Code Civil. Cette déclaration est enregistrée sur le registre des décès de l'hôpital. Il en est ainsi lorsque l'enfant, sans vie au moment de la déclaration à l'état civil, est né mort ou né vivant mais non viable. Dans ces conditions, l'officier d'état civil établit, au vu du certificat médical d'accouchement et à la demande des parents, un acte d'enfant sans vie.

En revanche si l'enfant est né vivant et viable mais qu'il est décédé avant l'établissement d'une déclaration de naissance, l'officier d'état civil établit, au vu du certificat médical, un acte de naissance et un acte de décès.

Référence : Code civil - Article 79-1

Art 188 - Attitude à suivre à l'approche du décès

Lorsque l'état du patient s'est aggravé et qu'il est en danger de mort, la famille ou les proches du patient doivent être prévenus sans délai par un agent de l'hôpital dûment habilité et par tous les moyens appropriés.

Le patient peut être transporté à son domicile si lui-même ou sa famille en exprime le désir.

Lorsque le retour au domicile n'a pas été demandé, il est transporté, dans la mesure du possible et avec toute la discrétion souhaitable, dans une chambre individuelle du service.

La famille ou les proches peuvent demeurer auprès de lui et l'assister dans ses derniers instants, ils peuvent prendre leurs repas au sein de l'hôpital et y demeurer en dehors des heures de visite, si les modalités d'hospitalisation le permettent. La mise à disposition par l'hôpital d'un lit d'accompagnant ne donne pas lieu à facturation. En revanche, les repas fournis par l'hôpital sont à la charge des personnes qui en bénéficient.

Art 189 - Annonce du décès

Les décès sont constatés conformément aux dispositions du Code Civil, par un médecin de l'hôpital. Cette constatation effectuée, la famille ou les proches du patient sont prévenus du décès, dès que possible et par tous les moyens.

La notification du décès est faite :

- pour les étrangers dont la famille ne réside pas en France, au consulat le plus proche ;
- pour les militaires, à l'autorité militaire compétente ;
- pour les mineurs relevant d'un service départemental d'aide sociale à l'enfance, au directeur de ce service ;
- pour les mineurs relevant des dispositions relatives à la protection de l'enfance et de l'adolescence en danger, au directeur de l'établissement dont relève le mineur ou à la personne gardienne du mineur ;
- pour les personnes placées sous sauvegarde de justice, au mandataire spécial ;
- pour les personnes placées sous tutelle ou curatelle, au tuteur ou au curateur ;
- pour les personnes non identifiées, aux services de police.

Art 190 - Formalités entourant le décès

Dès que le décès est constaté, le personnel infirmier :

- procède à la toilette du patient décédé avec toutes les précautions convenables ;
- dresse l'inventaire de tous les objets, vêtements, bijoux, sommes d'argent, papiers, clés, etc., que possédait le patient décédé, selon les modalités prévues à l'article 198 du présent règlement ;
- rédige un bulletin d'identité du corps.

Le décès doit être constaté par un médecin qui doit remplir :

- deux constatations de décès comportant la date et l'heure du décès, la signature et la qualité du signataire ainsi que les mentions réglementaires ;
- deux déclarations de décès dans les formes réglementaires, l'une doit être transmise à la mairie dans les vingt-quatre heures, l'autre versée au dossier du bureau de l'état civil de l'hôpital.

L'agent du bureau de l'état civil de l'hôpital doit annoter, pour sa part :

- le registre des décès de l'établissement ;
- à la mairie du lieu du décès, le registre d'enregistrement des décès de la commune.

L'agent de la chambre mortuaire doit compléter le registre de destination des corps.

Art 191 - Indices de mort violente ou suspecte

En cas de signes ou d'indices de mort violente ou suspecte d'un patient hospitalisé, le directeur délégué au pôle, prévenu par le médecin, doit aviser immédiatement l'autorité judiciaire.

Art 192 - Dépôt des corps à la chambre mortuaire de l'hôpital

Après réalisation de l'inventaire des biens visés à l'article 187 du présent règlement, le corps est déposé, avant tout transfert, à la chambre mortuaire.

De là, il ne peut être transféré hors de l'établissement que dans les conditions prévues aux articles 193, 194 et 197 du présent règlement et avec les autorisations prévues par la loi.

Quand les circonstances le permettent, la famille a accès auprès du défunt avant que le corps ne soit déposé dans la chambre mortuaire. Dans toute la mesure du possible, cet accès est organisé dans un lieu spécialement préparé à cet effet et conforme aux exigences de discrétion et de recueillement.

Lorsque la présentation a lieu après le transfert dans la chambre mortuaire, elle doit également se dérouler dans une salle spécialement aménagée à cet effet et répondant aux mêmes exigences.

Les agents de l'hôpital et tout particulièrement les agents responsables de la chambre mortuaire, dans toute la mesure du possible, prennent en compte les souhaits de la famille du défunt au sujet des pratiques religieuses désirées pour la présentation du corps ou la mise en bière.

Le dépôt et le séjour à la chambre mortuaire du CHRU de Lille du corps d'une personne décédée sont gratuits.

Les heures d'ouverture ordinaires de la chambre mortuaire du CHRU sont : 8h00 à 18h00.

Les heures auxquelles les familles peuvent demander la présentation des corps sont : 8h00 à 18h00.

La chambre mortuaire est régie par un règlement intérieur spécifique affiché dans ses locaux, à la vue du public.

Art 193 - Transport sans mise en bière en chambre funéraire

Le transport du corps et l'admission dans une chambre funéraire doivent intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai est porté à 48 heures si le corps a fait l'objet de soins de conservation.

Le transport et l'admission ont lieu sur la demande écrite d'une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil et de son domicile.

Le transport et l'admission ne peuvent être effectués que sur production d'un certificat médical établi par le responsable de pôle, ou par son représentant, et constatant que le patient décédé n'était pas atteint de l'une des maladies contagieuses prévues dans l'arrêté du 20 juillet 1998.

Le transport du corps doit avoir été autorisé par l'autorité administrative compétente. Il doit être effectué par une entreprise ou une association agréée par le préfet du département et assurant le service de pompes funèbres.

Référence : Articles R2213-2 et suivants du code général des collectivités territoriales

Art 194 - Transport sans mise en bière au domicile du défunt ou d'un membre de sa famille

Le transport doit être autorisé par le maire de la commune du lieu de décès. Ce transport doit intervenir dans un délai de 24 heures à compter du décès. Ce délai peut être porté à 48 heures si le corps a subi des soins de conservation.

L'autorisation est subordonnée :

- à la demande de toute personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles et justifiant de son état civil ainsi que de son domicile ;
- à la reconnaissance préalable du corps par ladite personne ;
- à l'accord écrit du responsable d'unité fonctionnelle ou du responsable de pôle où a eu lieu le décès, ou de son représentant ;
- à l'accord écrit du directeur de pôle ;
- à l'accomplissement préalable des formalités légales relatives à la déclaration de décès.

Le médecin responsable de pôle où a eu lieu le décès ne peut s'opposer à ce transport que pour les motifs suivants :

- le décès soulève un problème médico-légal ;
- l'état du corps ne permet pas un tel transport ;
- le défunt était atteint de l'une des maladies contagieuses prévues par l'arrêté du 20 juillet 1998.

Le médecin avertit alors sans délai et par écrit la famille et le directeur délégué au pôle de son opposition.

Le départ ne peut avoir lieu qu'après l'apposition par un officier de police, sur le corps, d'un bracelet d'identification. Sauf dérogation dûment justifiée, ce départ a lieu aux heures d'ouverture de la chambre mortuaire de l'hôpital.

Référence : Articles R2213-2 et suivants du code général des collectivités territoriales

Art 195 - Mise en bière et transport après mise en bière

Avant son transport pour inhumation ou crémation, le corps du patient décédé est mis en bière.

Si le patient décédé était porteur d'une prothèse renfermant des radioéléments, un médecin doit procéder au préalable à sa récupération.

La fermeture du cercueil est autorisée par l'officier d'état civil du lieu du décès. Cette autorisation est délivrée sur production du certificat du médecin chargé par l'officier d'état civil de s'assurer du décès et attestant que celui-ci ne pose pas de problème médico-légal.

Après accomplissement de ces formalités et de celles prévues par le Code Civil concernant la déclaration de décès et l'obtention du permis d'inhumer, il est procédé à la fermeture définitive du cercueil.

Le transport du corps après mise en bière doit avoir été autorisé par le maire.

Art 196 - Opérations funéraires

Les corps reconnus sont remis à la disposition des familles qui prennent en charge les frais de convoi et d'obsèques en s'adressant à l'opérateur funéraire de leur choix assurant ce service.

L'hôpital tient à la disposition des familles la liste des régies, entreprises, associations et de leurs établissements habilités à fournir les prestations du service des pompes funèbres.

La liste des opérateurs funéraires et des chambres funéraires habilitées est affichée dans les locaux de la chambre mortuaire, à la vue du public. Ces listes sont communiquées à toute personne qui en fait la demande.

Lorsque, dans un délai de six jours au maximum, le corps n'a pas été réclamé par la famille ou par les proches, le CHRU de Lille fait procéder à l'inhumation dans les conditions compatibles avec les fonds délaissés par le défunt. En l'absence de ressources, le CHRU applique les dispositions concernant l'inhumation à titre indigent. S'il s'agit d'un militaire, l'inhumation est effectuée en accord avec l'autorité militaire compétente.

Le règlement intérieur de la chambre mortuaire précise les modalités de l'accès des familles et des personnels des régies, entreprises et associations et de leurs établissements habilités.

Art 197 - Don du corps

Le don du corps ne peut être accepté que si la personne en a fait la déclaration écrite, datée et signée de sa main. La démarche de don peut être entreprise auprès de la Faculté de Médecine, service des dons de corps – Tél. : 03.20.62.69.41.

En cas d'accord, une carte est délivrée au donateur. Pour être valable, ce document doit avoir été signé et daté par le défunt.

La volonté de don peut aussi s'exprimer à destination d'un autre établissement d'hospitalisation, ou sans précision, sur un papier libre qui doit obligatoirement porter le nom de la personne concernée, sa signature et la date de rédaction.

Pour être valable, un éventuel document d'annulation doit avoir été rédigé, signé et daté, postérieurement à la donation, par la personne décédée.

Dans tous les cas, la carte de donateur ou l'exemplaire de la déclaration est remis à l'officier de l'état civil après constatation du décès.

Le délai du transport du corps vers l'établissement d'hospitalisation, d'enseignement ou de recherche concerné, ne doit pas excéder 24 heures entre le décès et l'arrivée du corps à l'établissement de destination (ce délai est porté à 48 heures si le décès a lieu dans un établissement disposant d'équipements permettant la conservation des corps).

Art 198 - Objets abandonnés ou déposés par le défunt

L'inventaire de tous les objets que possédait le défunt est dressé par deux personnes dont un cadre infirmier ou une infirmière, il est inscrit sur un registre spécial, paginé, tenu dans chaque pôle.

Les objets sont remis au régisseur qui les rendra, le cas échéant, aux héritiers du défunt. Aucun de ces objets ne peut être remis directement à ces derniers par le personnel du pôle.

Lorsque les personnes décédées au sein de l'établissement y ont été traitées gratuitement, les effets mobiliers qu'elles ont apportés appartiennent de droit au CHRU de Lille.

Lorsque des mesures de police sanitaire y obligent, les effets et objets mobiliers ayant appartenu au patient décédé sont incinérés. Dans ce cas, aucune réclamation ne peut être présentée par les ayants droit, qui ne peuvent exiger le remboursement de la valeur des dits objets et effets.

Les objets non réclamés sont remis, un an après le décès de leur détenteur, à la caisse des dépôts et consignations s'il s'agit de sommes d'argent, titres et valeurs mobilières ou, pour les autres biens mobiliers, au service des domaines privés afin qu'ils soient mis en vente.

Le service des domaines peut, dans les conditions fixées par voie réglementaire, refuser la remise des objets dont la valeur est inférieure aux frais de vente prévisibles. Dans ce cas, les objets deviennent la propriété du CHRU.

Toutefois, les actes sous seing privé qui constatent des créances ou des dettes sont conservés par le CHRU, en qualité de dépositaire, pendant une durée de cinq ans après le décès des intéressés. A l'issue de cette période, les actes peuvent être détruits.

Le montant de la vente ainsi que les sommes d'argent, les titres et les valeurs mobilières et leurs produits sont acquis de plein droit à la Recette des Finances, cinq ans après la cession par le service des domaines privés ou la remise à la caisse des dépôts et consignations, s'il n'y a pas eu, dans l'intervalle, réclamation de la part des héritiers du patient décédé ou de ses créanciers.

Ces dispositions sont portées à la connaissance des héritiers, s'ils sont identifiés, six mois au moins avant la remise des objets détenus par le CHRU de Lille au service des domaines privés ou à la caisse des dépôts et consignations.

Art 199 - Libre choix des opérateurs funéraires

Les démarches et offres de service effectuées en prévision d'obsèques, en vue d'obtenir ou de faire obtenir, soit directement, soit à titre d'intermédiaire, la commande de fournitures ou de prestations liées à un décès sont strictement interdites au sein du CHRU de Lille, conformément à [l'article 121 du présent règlement](#).

Il est également strictement interdit aux agents du CHRU qui, à l'occasion de l'exercice de leur service, ont connaissance d'un décès, de solliciter ou d'agréer, directement ou indirectement, des offres, des promesses, des dons, des présents et avantages, de quelque nature qu'ils soient, pour faire connaître le décès aux entreprises et associations assurant le service des pompes funèbres ou pour recommander aux familles les services d'une de ces entreprises ou associations.

Art 200 - Liberté des funérailles. Dispositions testamentaires

Le droit pour chacun d'organiser librement ses funérailles et de choisir son mode de sépulture est une liberté fondamentale de l'individu. Les patients peuvent donc prendre toutes les dispositions qu'ils jugent nécessaires pour prévoir, de leur vivant, les conditions de leurs funérailles, soit en consignnant leurs volontés dans un testament, soit en souscrivant un contrat d'obsèques. Leur volonté doit être strictement respectée.

Les patients peuvent demander au notaire de leur choix de venir recueillir leurs dernières volontés à leur chevet. Dans ce cas, toutes les dispositions sont prises au sein du CHRU de Lille afin de faciliter l'accomplissement des formalités. Au besoin, le personnel du pôle peut servir de témoin à l'expression et au recueil de leur volonté.

Les patients peuvent, s'ils le souhaitent, faire des dons ou léguer tout ou partie de leurs biens au CHRU de Lille, au profit d'un ou plusieurs pôles de leur choix. Ces legs ou dons sont conditionnés à l'acceptation par l'autorité préfectorale. Ces libéralités peuvent être assorties, le cas échéant, de conditions à la charge du légataire. Qu'il s'agisse du choix des cliniques ou des services bénéficiaires ou de toutes autres conditions émises par les patients, le CHRU respectera scrupuleusement leurs volontés.

Sous réserve des dispositions du Code Civil, les administrateurs, médecins et agents du CHRU de Lille ne peuvent profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires faites en leur faveur par des personnes âgées hébergées au sein du CHRU. Il en est de même pour les médecins et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, pour les libéralités faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

Référence : Code Civil - Article 909

III. Dispositions relatives à la sécurité et l'hygiène

Art 201 - Nature des règles de sécurité

Les règles de sécurité générale qui visent à assurer le calme et la tranquillité des usagers ainsi que la protection des personnes et des biens doivent être édictées par délégation générale, via le délégué à la sécurité, par voie de recommandations générales ou de consignes particulières, prises en vertu de son pouvoir de police dans le respect des lois, des règlements et des principes généraux du droit.

Le délégué à la sécurité veille, au respect des règles de sécurité liées au fonctionnement de l'établissement et coordonne leur mise en œuvre. Ces règles visent à éviter et à pallier les conséquences des accidents dus à des défaillances techniques, humaines ou à des facteurs naturels.

Art 202 - Opposabilité des règles de sécurité

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 le CHRU de Lille assure à ses usagers.

Elles visent également à protéger les personnels et leur outil de travail ainsi que le patrimoine hospitalier et son environnement.

Quelle que soit la raison de sa présence au sein de l'hôpital, 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 CHRU de Lille leur sont opposables. Le présent règlement intérieur leur est transmis à cet effet.

Les dits organismes sont tenus pour leur part de porter à la connaissance du délégué à la sécurité les règles de sécurité spécifiques qu'ils ont établies pour les locaux qu'ils occupent.

Art 203 - Accès au CHRU de Lille

L'accès dans l'enceinte du CHRU de Lille est réservé à ses usagers, à leurs accompagnants, à leurs visiteurs et à ceux qui y sont appelés en raison de leurs fonctions.

Les conditions matérielles de l'accès de ces diverses catégories de personnes sont organisées par le délégué à la sécurité 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 délégué à la sécurité, qui veille aussi à ce que les tiers dont la présence au sein de l'hôpital n'est pas justifiée soient signalés, invités à quitter les lieux et, au besoin, reconduits à la sortie de l'enceinte du site.

De même, pour des raisons de sécurité, la délégation à la sécurité 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 de service ou autorisations spéciales, et sous réserve des dispositions de l'article 130 du présent règlement, il est interdit d'introduire animaux, alcool, armes et explosifs, produits incendiaires, toxiques, dangereux ou prohibés par la loi dans les établissements.

Les objets et produits dangereux ou prohibés par la loi doivent être déposés auprès de la délégation à la sécurité. Les objets et produits prohibés par la loi ainsi déposés sont remis aux autorités de police, contre récépissé.

Art 204 - Calme et tranquillité au sein du CHRU de Lille

Tout accompagnant ou visiteur qui, le cas échéant, en ne respectant pas les dispositions du présent règlement intérieur, crée un trouble sur le site du CHRU, est invité à mettre un terme à ce trouble. S'il persiste, il peut lui être enjoint de quitter l'établissement dans lequel il se trouve. Si nécessaire, il peut être accompagné jusqu'à la sortie par le personnel chargé de la sécurité.

Art 205 - Personnels de sécurité générale

Les personnels assurant la sécurité générale exercent leurs fonctions sous l'autorité du délégué à la sécurité, dans le strict respect des instructions et consignes édictées par la délégation à la sécurité.

Leurs possibilités d'intervention sur les personnes sont limitées aux cas prévus par la loi :

- obligation d'assistance aux personnes en péril ;
- crime ou délit flagrant ;
- légitime défense ou état de nécessité.

Ils peuvent intervenir dans l'ensemble des pôles du CHRU de Lille dans le respect des consignes se rapportant aux règles liées à leur accessibilité. Ils ne peuvent effectuer aucune fouille ni vérification d'identité. Ils ne peuvent être porteurs d'aucune arme, même défensive.

Ils peuvent retenir aux sorties d'un des établissements du CHRU, durant le temps strictement nécessaire, toute personne en situation de flagrant délit. Ils peuvent, dans les mêmes conditions, retenir les patients qui leur paraîtraient désorientés ou susceptibles de courir un danger à l'extérieur de l'hôpital, pendant le temps strictement nécessaire à la vérification de leur situation et, le cas échéant, à leur prise en charge par un pôle de soins.

En dehors du cas de péril grave et imminent évoqué à *l'article 217 du présent règlement*, ils ne peuvent, sans l'accord de l'intéressé, procéder ni à l'ouverture d'une armoire, d'un vestiaire, ou à des investigations, ni à l'inspection du contenu d'un véhicule particulier.

Ces règles s'appliquent également aux prestataires privés qui interviennent pour le compte de la délégation à la sécurité.

Référence :

Code Pénal - Article 223- 6

Code de Procédure Pénale - Article 73

Code Pénal - Articles 122-5, 122-6, 122-7

Art 206 - Matériels de sécurité générale

L'installation éventuelle de matériels de télésurveillance, de vidéosurveillance, de contrôle d'accès informatisé et de sécurité informatique doit avoir lieu dans le cadre d'un plan préalablement soumis par le délégué à la sécurité aux instances représentatives locales compétentes du CHRU de Lille.

Le fonctionnement de ces installations doit permettre de respecter le secret médical, la dignité des patients 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.

L'installation et le fonctionnement des matériels de vidéo surveillance doivent observer certaines dispositions légales.

Référence : Loi N° 95-73 du 21 janvier 1995

Art 207 - Règles de responsabilité

La mise en œuvre par le CHRU de Lille 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 perpétrés dans l'enceinte du CHRU engagent la responsabilité de leurs seuls auteurs, qu'ils soient identifiés ou non.

Le CHRU 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 délégué à la sécurité porte plainte pour les dommages subis par le CHRU de Lille.

Art 208 - Rapports avec l'autorité judiciaire

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

D'une manière générale, il s'assure dans ces circonstances que les indices utiles à la manifestation de la vérité sont préservés.

Art 209 - Rapports avec les autorités de police

Le délégué à la sécurité a la responsabilité d'organiser les relations avec les autorités de police en concertation avec les pôles ou directions concernées.

Il lui revient de décider, s'il y a lieu, de demander au sein du CHRU de Lille une intervention de police, l'autorité de police appréciant si cette intervention est possible ou nécessaire.

Lorsqu'il s'agit de dénonciations d'agissements frauduleux d'agents, il peut procéder à une évaluation de la situation avec la direction des ressources humaines avant de les porter à la connaissance des services de police.

Aucune discrimination entre les différentes catégories d'agents ne peut intervenir dans le traitement des procédures par l'établissement.

En cas d'enquête de police judiciaire, le délégué à la sécurité doit être 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 tirées de l'application de la loi pénale, du secret professionnel, de la charte du patient hospitalisé et d'une manière générale des droits du citoyen.

Art 210 - Circonstances exceptionnelles

En cas de circonstances exceptionnelles, le délégué à la sécurité prend toutes les mesures justifiées par la nature des événements et proportionnées à la gravité de la situation.

Le président du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail en est informé pour les matières relevant de sa compétence.

Le délégué à la sécurité 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, dans les mêmes conditions, faire interdire l'accès de l'établissement à toute personne qui se refuserait à se prêter aux mesures générales éventuelles qu'il a décidées comme l'ouverture des sacs, bagages ou paquets, véhicules, ou la justification du motif de son accès sur le site du CHRU de Lille.

En cas de péril grave et imminent pour le CHRU, pour son personnel ou pour un ou plusieurs de ses usagers, le délégué à la sécurité peut en outre et même à défaut de 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 de catastrophe ou lors du déclenchement de plans d'urgence, le délégué à la sécurité prend toutes les mesures indispensables à l'exécution de la mission de service public du CHRU, notamment quant à l'accueil, l'accès, la circulation ou le stationnement.

Art 211 - Recherche de la maîtrise des risques

Le délégué à la sécurité prend les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des personnes présentes au sein du CHRU de Lille.

À cet effet, sur la base d'une évaluation des risques et dans le respect du cadre législatif et réglementaire concernant les divers aspects de la sécurité du fonctionnement du CHRU, le délégué à la sécurité définit et met en œuvre une politique de maîtrise des risques, avec le concours et l'avis des services et instances concernés.

Il informe régulièrement, pour la partie qui les concerne, toutes les instances représentatives locales compétentes de l'application des plans d'action et de prévention.

Il organise 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.

Il prévoit un programme visant à former les personnels aux mesures de prévention qui nécessitent leur participation et à informer les usagers ou les tiers de celles qu'ils ont à connaître, dans leur intérêt.

Un membre du personnel a la possibilité de se retirer d'une situation de travail dont il estime qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie ou sa santé. Cette faculté doit s'exercer de telle manière qu'elle ne puisse créer pour autrui une nouvelle situation de risque grave et imminent. L'agent qui estime devoir se retirer pour ce motif le signale obligatoirement au délégué à la sécurité ou à son représentant, qui informe le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Conformément à la réglementation, la médecine du travail assure la prévention, la surveillance de la santé des agents au travail et la bonne adaptation aux postes occupés.

Art 212 - Garde technique

Le directeur de l'hôpital organise la garde technique afin de faire face, en permanence, aux circonstances dans lesquelles une intervention technique d'urgence est nécessaire pour assurer la sécurité du fonctionnement de l'hôpital.

Il désigne les agents des services techniques de l'hôpital qui assurent une garde, distincte de la garde administrative prévue à l'article 18 du présent règlement.

Art 213 - Registre de sécurité du CHRU de Lille

Le CHRU de Lille est assujéti aux règles de sécurité contre les risques d'incendie applicables à tous les établissements recevant du public. Certaines de ses installations (chaufferies, dépôts de liquides inflammables, de produits radioactifs, par exemple) doivent, en outre, être conformes aux dispositions de la loi du 19 juillet 1976, relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Le CHRU doit tenir un registre de sécurité sur lequel sont reportés les renseignements indispensables à la prévention des accidents de toutes origines, et notamment des incendies.

Parmi ces renseignements doivent figurer :

- l'état nominatif du personnel chargé de la sécurité incendie ;
- les consignes générales et particulières établies en cas d'incendie ;
- le Plan d'Organisation Interne de Secours (POIS) ;
- les procès-verbaux de contrôles et vérifications des installations techniques visées par la réglementation concernant les E.R.P. ;
- les dates de contrôles et vérifications des installations de lutte contre l'incendie ;
- les dates et contenus des opérations de maintenance effectuées sur les éléments de sécurité (portes coupe-feu, clapets coupe-feu etc...) ;
- les dates et contenus des opérations de travaux réalisées dans le CHRU ;
- les événements marquants relatifs à l'incendie (formation du personnel, changement d'affectation des locaux, sinistres) ;
- la répartition des services et des effectifs permettant le calcul du nombre de personnes admis au CHRU.

Ces renseignements sont communiqués à la commission communale ou départementale de sécurité à l'occasion de leur passage dans chaque établissement du CHRU.

Art 214 - Interdiction de fumer

Il est interdit de fumer dans l'ensemble des locaux clos et couverts du CHRU de Lille.

Cette interdiction concerne au même titre les locaux d'accueil et de réception, les locaux affectés à la restauration collective, les salles de réunion et de formation, les salles et espaces de repos, les locaux réservés aux loisirs, à la culture et au sport et tous les locaux sanitaires et médico-sanitaires, y compris les chambres.

Un plan d'aménagement organise cependant des espaces réservés aux fumeurs, ainsi qu'un plan d'organisation ou d'aménagement destiné à assurer la protection des non-fumeurs au sein de l'établissement. Il est établi par le délégué à la sécurité après consultation du médecin du travail et du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail. Ce plan est actualisé et tenu à jour.

Une signalisation apparente rappelle, dans les locaux clos et couverts fréquentés par les patients, leurs accompagnants ou leurs proches, et par les personnels, le principe de l'interdiction de fumer. Ce plan de prévention et de lutte contre le tabagisme a été délibéré par le Conseil d'Administration de décembre 2005.

Art 215 - Voirie du CHRU de Lille

Les voies de desserte et les parcs automobiles situés dans l'enceinte du CHRU de Lille constituent des dépendances du domaine privé ouvert au public que les autorités du CHRU créent, aménagent et organisent conformément aux besoins du service public.

Ces voies de desserte et les parcs automobiles, ouverts aux usagers, au personnel et aux transports en commun, sont classés voies privées ouvertes à la circulation publique. Les autorités chargées de la police de la circulation ont compétence pour intervenir sur demande du délégué à la sécurité.

En cas de vol, de dommage ou d'accident, les règles et procédures générales de la responsabilité et de l'indemnisation s'appliquent au sein du CHRU dans les conditions de *l'article 217 du présent règlement*.

Art 216 - Règles de compétence

Un plan général de circulation est soumis aux instances représentatives locales du CHRU de Lille. Dans ce cadre, et sous réserve de l'application du Code de la Route dans celles de ses dispositions législatives qui ne limitent pas leur champ d'application aux voies ouvertes à la circulation publique, le délégué à la Sécurité réglemente l'accès, la circulation, l'arrêt et le stationnement des diverses catégories de véhicules, afin d'assurer le bon fonctionnement du service public (notamment l'accueil des patients et l'accès aux services d'urgences), sa maintenance (livraisons, travaux) et sa protection (accès des pompiers, de la police et des services de secours).

En matière de circulation, le délégué à la sécurité peut délivrer des autorisations d'accès, limiter les vitesses, préciser les priorités, interdire, réduire ou réserver l'usage de certaines voies, interdire ou réglementer l'entrée de certains véhicules (notamment les camions et caravanes).

En matière de stationnement, il peut définir les conditions de dépose ou d'arrêt, délivrer des autorisations de stationnement, interdire ou réserver des lieux de stationnement.

Art 217 - Signalisation et sanctions

Toutes les dispositions prises en application de l'article 216 du présent règlement doivent être matérialisées ou signalées, et tous les automobilistes sont tenus de s'y conformer.

Leur attention doit être appelée sur le fait que les facilités de circulation et de stationnement qui leur sont consenties ne constituent pas un droit et, que, sauf dans l'hypothèse d'une faute du CHRU de Lille, elles ne sauraient donc engager la responsabilité de celui-ci, notamment en cas de vols ou dommages.

Leur attention doit aussi être appelée sur le fait qu'une conduite dangereuse ou un stationnement interdit peuvent entraîner un retrait des autorisations accordées, qu'un stationnement gênant peut, s'il compromet le fonctionnement du service public hospitalier entraîner un déplacement d'office du véhicule, qu'un stationnement dangereux (par exemple sur une voie réservée aux véhicules de secours) peut non seulement entraîner de graves dégâts au véhicule, justifiés par l'état de nécessité, mais aussi conduire à des actions judiciaires à leur encontre, et qu'un stationnement abusif peut entraîner une mise en fourrière sur décision du délégué à la sécurité.



REGLEMENT INTERIEUR DU CONSEIL DE SURVEILLANCE

Article 1. *Objet du règlement intérieur*

Le présent règlement intérieur a pour objet de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables au conseil de surveillance et d'en définir les règles et modalités de fonctionnement complémentaires (ces dernières apparaissant alors en italique dans le texte).

Il s'impose à tous les membres du conseil de surveillance.

Chapitre 1 : Attributions et compétences du conseil de surveillance

Article 2. Le conseil de surveillance se prononce sur la **stratégie de l'établissement**.

A ce titre, il **délibère** sur :

1. le projet d'établissement ;
2. la convention constitutive des CHU et les conventions éventuellement conclues conjointement par l'établissement et l'université avec d'autres établissements de santé ou organismes susceptibles d'être associés aux diverses missions des centres hospitaliers et universitaires définies à l'article L. 6142-1 du code de la santé publique ;
3. toute mesure relative à la participation de l'établissement à une communauté hospitalière de territoire ainsi que sur tout projet tendant à la fusion avec un ou plusieurs établissements publics de santé ;
4. les statuts des fondations hospitalières créées par l'établissement ;

Il donne **son avis** sur le règlement intérieur de l'établissement.

Il est consulté par le directeur lorsque ce dernier envisage de constituer, à titre expérimental, un comité d'établissement se substituant à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement pour donner un avis sur les projets de délibération soumis au conseil de surveillance.

Article 3. Le conseil de surveillance exerce le **contrôle permanent de la gestion** de l'établissement.

A ce titre, il **délibère**, avant le 30 avril de chaque année, sur le compte financier en vue de son approbation et décide alors de l'affectation des résultats de chaque compte de résultat.

Il délibère en outre sur :

1. le rapport annuel sur l'activité de l'établissement présenté par le directeur ;
2. toute convention intervenant entre l'établissement ou l'un des membres de son directoire ou de son conseil de surveillance.

Il donne **son avis** sur les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du code de la santé publique.

Le conseil de surveillance nomme le commissaire aux comptes.

Le directeur informe le conseil de surveillance de sa décision relative à la nomination et, le cas échéant, à la révocation des membres du directoire.

Le directeur communique au conseil de surveillance les décisions par lesquelles il délègue sa signature.

Le conseil de surveillance est consulté pour avis lorsqu'il est envisagé, dans l'intérêt du service, de retirer son emploi au directeur de l'établissement.

Article 3 bis. Dispositions transitoires :

La délibération relative à l'approbation du compte financier et à l'affectation des résultats des exercices des années 2010, 2011 et 2012 peut être inscrite à l'ordre du jour jusqu'au 31 mai de l'année suivante.

Article 4. Informations du conseil de surveillance en matière financière :

Le directeur communique au conseil de surveillance les résultats de la comptabilité analytique couvrant la totalité des activités et des moyens de l'établissement.

Le directeur transmet le compte financier au conseil de surveillance, au plus tard, le 15 avril de chaque année accompagné :

- 1° d'un rapport retraçant et expliquant l'évolution de l'activité, des recettes et des dépenses ;
- 2° du rapport du comptable rendant compte, au titre de ses compétences, de l'ensemble des éléments de sa gestion et faisant part, le cas échéant, de ses observations sur les comptes ;
- 3° d'un projet d'affectation des résultats.

Le commissaire aux comptes transmet au conseil de surveillance son rapport *avant le 15 avril de chaque année*.

Le conseil de surveillance opère, à tout moment, les vérifications et les contrôles qu'il juge opportuns et peut se faire communiquer les documents qu'il estime nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

Le conseil de surveillance entend le directeur sur l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) ainsi que sur le programme d'investissement.

Il est informé de l'état du patrimoine de l'établissement ainsi que des concessions de logement par nécessité absolue ou par utilité de service et de leur répartition entre les différents bénéficiaires.

Il est informé annuellement du résultat des opérations réalisées en application des décisions du directeur de déroger à l'obligation de dépôt des fonds de l'établissement auprès de l'Etat.

Un débat relatif au rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes est 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.

Article 5. Attributions relatives à la prise en charge des patients et l'accueil des usagers :

Le président de la commission médicale d'établissement, vice-président du directoire, présente annuellement un rapport sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Le conseil de surveillance **délibère** sur 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, sur la base du rapport présenté annuellement par la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Il donne en outre son **avis** sur *la définition* de cette même politique.

Il est **informé** des résultats de l'exploitation des questionnaires remis aux hospitalisés afin de recueillir leurs appréciations et observations, *lesquels sont joints à cette fin au rapport annuel de la commission des relations avec les usagers.*

Le conseil de surveillance délibère 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, *en même temps que le rapport annuel d'activité de l'établissement.*

Le conseil de surveillance est 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 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.

Article 6. Observations du conseil de surveillance :

Le conseil de surveillance communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur ainsi que sur la gestion de l'établissement.

Le conseil de surveillance peut demander au directeur général de l'agence régionale de santé de soumettre le fonctionnement et la gestion de l'établissement à l'examen d'une mission d'enquête. Le président du conseil de surveillance est informé par le directeur général de l'agence régionale de santé des conclusions d'une telle mission d'enquête, y compris lorsqu'elle n'a pas été déclenchée à l'initiative du conseil de surveillance.

Article 7. Commission d'activité libérale :

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.

Chapitre 2 : Membres du conseil de surveillance

Article 8. Membres ayant voix délibérative :

Le conseil de surveillance est composé de 15 membres répartis entre trois collèges de 5 membres chacun.

Collège N° 1 : Représentants des collectivités territoriales

1. le maire de Lille ou son représentant
2. le représentant de la Communauté urbaine de Lille
3. le président du Conseil général du Nord ou son représentant
4. le représentant du Conseil général du Pas-de-Calais
5. le représentant du Conseil régional du Nord-Pas-de-Calais

Collège N° 2 : Représentants du personnel

1. deux représentants de la CME

2. deux représentants désignés par les organisations syndicales
3. un représentant de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique

Collège N°3 : Personnalités qualifiées

1. deux membres désignés par le directeur de l'agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais
2. une personnalité qualifiée désignée par le représentant de l'Etat, préfet du Nord
3. deux représentants des usagers désignés par le représentant de l'Etat, préfet du Nord.

Article 9. Membres ayant voix consultative :

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, *désigné par le directeur général sur proposition de cette structure*
- le directeur de la caisse d'assurance maladie de Lille
- le directeur de l'UFR médicale, 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, *désigné par le directeur général sur proposition du conseil de la vie sociale.*

Article 10. Invités permanents :

Sur proposition du directeur de l'établissement, le président du conseil de surveillance peut inviter toute personne à participer de manière permanente aux travaux du conseil de surveillance.

Article 11. Rôle du directeur :

Le directeur de l'établissement participe aux séances du conseil de surveillance. *Il peut s'y faire assister par les collaborateurs de son choix.*

Le directeur exécute les délibérations du conseil de surveillance.

Article 12. Incompatibilités et incapacités :

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 a été privé du droit de vote par une décision judiciaire ;
- 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
- s'il est membre de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Article 13. Durée du mandat :

Le mandat des membres du conseil de surveillance est de 5 ans.

Article 14. Cessation des fonctions :

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.

Tout membre qui tombe sous le coup d'une incompatibilité ou incapacités 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.

Article 15. Fin de mandat :

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

- le mandat des membres désignés par les assemblées délibérantes des collectivités territoriales prend fin lors de chaque renouvellement de ces mêmes 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 prend fin lors de chaque renouvellement du comité technique d'établissement. Toutefois ils continuent de siéger jusqu'à la désignation de leurs remplaçants.

Chapitre 3 : Conditions d'exercice des membres du conseil de surveillance
--

Article 16. Caractère gratuit des fonctions :

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, *selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.*

Article 17. Congé de représentation :

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.

Article 18. Obligation de discrétion :

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.

Article 19. Conflits d'intérêts :

Tout membre du conseil de surveillance doit, dès sa nomination et avant la première réunion du conseil à laquelle il est ainsi appelé à siéger, déclarer à son président les conventions qu'il a passées, directement ou indirectement, avec l'établissement.

Par la suite, à peine de révocation de ses fonctions, il lui appartient de déclarer tout projet de convention qu'il envisage de passer avec l'établissement au cours de son mandat.

Article 20. Prise de fonctions :

Chaque membre du conseil de surveillance, à l'occasion de sa nomination en cette qualité, prend connaissance du présent règlement intérieur ainsi que des principales règles qui régissent les centres hospitaliers et universitaires.

A cette fin, le directeur de l'établissement fournit à chaque membre du conseil de surveillance les documents nécessaires au bon exercice de ses fonctions et à la connaissance de l'établissement.

Chapitre 4 : Fonctionnement du conseil de surveillance

Article 21. Election 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.

Article 22. 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.

Article 23. Suppléance :

Les membres du conseil de surveillance doivent y siéger personnellement et ne peuvent pas s'y faire remplacer par un suppléant.

En cas de vacance ou d'absence du président et du vice-président, le conseil de surveillance est présidé par le doyen d'âge des représentants des collectivités territoriales et des personnalités qualifiées.

Article 24. Réunions :

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. *Ces convocations sont adressées par courrier électronique à chacun des membres du conseil de surveillance.*

Le conseil de surveillance se réunit à la demande du tiers de ses membres. *Cette demande est adressée par écrit au président du conseil de surveillance, avec copie au directeur général de l'établissement, en précisant les questions devant être inscrites à l'ordre du jour de cette réunion extraordinaire.*

Le conseil se réunit au moins 4 fois par an *selon un calendrier prévisionnel établi en début d'année.*

Les séances ne sont pas publiques.

Article 25. 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, *par voie électronique.*

Les documents afférents à cet ordre du jour sont adressés à chacun des membres du conseil de surveillance, par voie postale, sous forme d'un CDROM.

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.

Article 26. 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.

Article 27. 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.

Article 28. Modalités de vote :

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.

Article 29. Publicité des délibérations :

Les délibérations non réglementaires du conseil de surveillance sont notifiées aux personnes qu'elles concernent. Les délibérations réglementaires sont affichées sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et aisément consultables par les personnels et les usagers.

Lorsque ces délibérations font grief à d'autres personnes que les usagers et les personnels, elles sont, en outre, publiées au bulletin des actes administratifs de la préfecture du Nord.

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.

Article 30. Transmission au directeur général de l'agence régionale de santé :

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.

Article 31. Caractère exécutoire :

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

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.

Article 32. Compte-rendu :

Les membres du conseil de surveillance reçoivent un compte-rendu de séance dans les 15 jours suivant chaque réunion du conseil de surveillance.

Ce compte rendu mentionne :

- la date et le lieu de la réunion,
- la liste des membres présents,
- un rappel de l'ordre du jour et une brève synthèse des débats

Article 33. Moyens de fonctionnement :

Le conseil de surveillance dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur.

Le directeur fait assurer le secrétariat du conseil de surveillance.

Chapitre 5 : Sous-commissions comprenant des membres du conseil de surveillance ou constituées par lui

Article 34. Commissions administratives paritaires

Le conseil de surveillance désigne les représentants de l'administration du CHRU au sein des commissions administratives paritaires locales (6 titulaires et 6 suppléants) dans le mois suivant la proclamation des résultats des élections des représentants du personnel.

Le président du conseil de surveillance, ou son représentant, est membre de droit des commissions administratives paritaires locales.

La moitié des sièges est pourvue par la désignation de membres du conseil de surveillance parmi les collègues 1 (représentants des collectivités territoriales) et 3 (personnalités qualifiées). L'autre moitié est pourvue par la désignation d'agents titulaires de catégorie A de l'établissement, à l'exception du directeur.

Article 35. Commission d'activité libérale :

Le conseil de surveillance désigne en son sein, parmi ses membres non médecins, deux représentants au sein de la commission de l'activité libérale. Cette dernière comprend en outre un représentant des usagers du système de santé désigné par le directeur de l'établissement parmi les usagers membres du conseil de surveillance.

Article 36. Commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge :

A la demande du directeur, les représentants des collectivités locales et les personnalités qualifiées choisissent, parmi eux, le représentant du conseil de surveillance, et son suppléant, au sein de la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge.

Lorsque les représentants des usagers au conseil de surveillance souhaitent siéger à ce titre au sein de la commission des relations avec les usagers et pour la qualité de la prise en charge, ils sont désignés à cette fin par le directeur de l'agence régionale de santé dès qu'un siège y est à pourvoir.

Article 37. Comités spécialisés :

Le conseil de surveillance peut constituer un ou plusieurs comités spécialisés composés de membres du conseil de surveillance, du directoire, d'experts ou de techniciens qui exercent leurs activités sous sa responsabilité.

Chaque comité rend compte de ses missions et travaux au conseil de surveillance.

Article 38. Commission mixte

Le conseil de surveillance désigne l'un de ses membres, parmi les collègues 1 (représentants des collectivités territoriales) et 3 (personnalités qualifiées), pour présider la commission mixte.

La commission mixte est un dispositif d'accompagnement du changement et de concertation. A ce titre, elle participe à l'instruction des dossiers institutionnels en émettant des observations et formulant des propositions.

Elle est composée de 15 membres, représentant à parité la CME, le CTE et l'encadrement.

Article 39. Marchés publics :

Le conseil de surveillance désigne quatre membres pouvant être appelés à siéger, avec voix délibérative, à la commission des achats du CHRU de Lille, à sa commission d'appel d'offres ou au sein d'un jury.

- *La commission des achats est chargée d'émettre un avis préalable à l'attribution des accords cadres et des marchés publics passés depuis le 21 décembre 2008 selon une procédure formalisée ainsi que des marchés de travaux passés selon une procédure adaptée mais dont le montant dépasse 193000 euros ou enfin des avenants à ces accords cadres et marchés tendant à une augmentation de leur montant supérieure à 5 %.*
- *La commission d'appel d'offres reste chargée d'émettre un avis préalable à la conclusion des avenants relatifs aux accords cadres et marchés publics pour lesquels un avis d'appel public à la concurrence a été envoyé à la publication avant le 21 décembre 2008.*
- *Un jury est chargé d'émettre un avis préalable à l'établissement de la liste des candidats admis à présenter des prestations, puis un avis préalable à l'attribution du marché public passé dans le cadre d'une procédure de conception réalisation, d'une procédure de concours ou d'une procédure de passation d'un marché de maîtrise d'œuvre.*

Article 40. Sous-commission du domaine privé :

Une sous-commission du domaine privé est chargée d'instruire les dossiers d'acquisition, d'aliénation ou d'échange ainsi que ceux relatifs aux baux de longue durée concernant les immeubles du domaine privés.

Elle est informée de l'état du patrimoine de l'établissement ainsi que des concessions de logement par nécessité absolue ou par utilité de service et de leur répartition entre les différents bénéficiaires.

La sous-commission est présidée par le président du directoire ou, en cas d'empêchement, par son premier vice-président.

Elle comprend :

- *deux membres élus par le conseil de surveillance en son sein parmi ses membres issus des collèges N°1 et 3 ;*
- *deux représentants du directoire désignés par lui.*

La sous-commission instruit les dossiers et propose au conseil de surveillance les délibérations prévues en ce qui concerne les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation, les baux de plus de 18 ans, les baux emphytéotiques et les contrats de partenariat mentionnés aux articles L. 6148-2 et L. 6148-3 du code de la santé publique.

Elle communique annuellement son avis au Conseil de Surveillance sur l'état du patrimoine et les concessions de logement.

Article 41. *Entrée en vigueur et modifications :*

Le présent règlement intérieur est entré en vigueur, pour une durée indéterminée, lors de son adoption par le conseil de surveillance aux termes d'une délibération en date du 28 juin 2010.

Il pourra être modifié par toute décision du conseil de surveillance prise à la majorité simple.



**Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille**

**Règlement intérieur du Directoire
du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Lille**

Article 1. Objet du règlement intérieur :

Le présent règlement intérieur a pour objet, d'une part, de rappeler les dispositions légales ou réglementaires applicables au directoire et, d'autre part, d'en définir les règles et modalités de fonctionnement complémentaires (ces dernières apparaissant alors en italique dans le texte).

Il s'impose à tous les membres du directoire.

Chapitre 1 : Attributions et compétences du Directoire

Article 2. Compétences propres du directoire :

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement.

Il approuve le projet médical, élaboré par le président de la commission médicale d'établissement avec le directeur.

Il prépare le projet d'établissement, notamment sur la base du projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 3. Concertation au sein du directoire :

Préalablement à toute décision du directeur, une concertation est organisée par lui avec le directoire sur les points suivants :

Concernant la stratégie de l'établissement :

1. la conclusion du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
2. la constitution et la participation à une forme quelconque de coopération

Concernant les affaires financières et le patrimoine :

3. l'état prévisionnel des recettes et des dépenses,
4. le plan global de financement pluriannuel
5. les propositions de tarifs pour les patients non couverts par un régime d'assurance maladie
6. le programme d'investissement
7. le compte financier
8. les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de 18 ans ; les baux emphytéotiques, les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 du code de la santé publique
9. les délégations de service public
10. le plan de redressement présenté à l'agence régionale de santé

Concernant l'organisation interne de l'établissement :

11. l'organisation interne de l'établissement et les contrats de pôle d'activité
12. le règlement intérieur de l'établissement

Concernant les ressources humaines et l'organisation du travail :

13. le bilan social et la définition des modalités d'une politique d'intéressement
14. l'organisation du travail et des temps de repos dans le cas où elle n'aurait pas pu être définie en accord avec les organisations syndicales

Concernant la prise en charge des patients :

15. 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
16. le plan blanc.

Article 4. Information du directoire :

Le président de la CME présente au directoire :

1. le programme d'actions, assorti d'indicateurs de suivi, proposé au directeur par la commission médicale d'établissement en ce qui concerne 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
2. un rapport annuel sur la mise en œuvre de la politique médicale de l'établissement.

Chapitre 2 : Composition du Directoire

Le directoire est composé de 9 membres

Article 5. Membres de droit :

Sont membres de droit du directoire :

1. le directeur de l'établissement
2. le président de la commission médicale d'établissement
3. le directeur de l'unité de formation et de recherche médicale
4. le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

Article 6. Membres nommés par le directeur général :

Le directeur de l'établissement procède à la nomination :

1. du vice-président chargé de la recherche
2. de deux représentants des professions médicales
3. de deux autres membres de son choix

Dans le cas où le vice-président chargé de la recherche n'appartient pas à une profession médicale, le directeur procède alors à la nomination de trois représentants des professions médicales et d'un autre membre de son choix.

Article 7. Incompatibilités et incapacités :

Nul ne peut être membre du directoire s'il est membre du conseil de surveillance

Article 8. Nominations :

Le directeur nomme le vice-président chargé de la recherche sur présentation d'une liste établie conjointement par le président de l'INSERM, le président de l'Université de Lille 2 et le doyen de la faculté de médecine. Cette liste comporte au moins trois noms.

Elle est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande ; à défaut le directeur nomme la personne de son choix.

Le directeur nomme les membres du directoire appartenant aux professions médicales sur présentation d'une liste établie conjointement par le président de la commission médicale d'établissement et le doyen de la faculté de médecine.

Cette liste comporte au moins trois noms *pour chacun des postes à pourvoir*. Elle est présentée au directeur dans un délai de trente jours à compter de sa demande.

Le directeur peut demander qu'une nouvelle liste lui soit présentée, dans un délai de quinze jours, s'il constate qu'elle n'est pas complète ou s'il n'est pas d'accord avec les propositions formulées. En cas de nouveau désaccord, le directeur nomme les membres de son choix.

Le directeur informe le conseil de surveillance de la nomination d'un nouveau membre au directoire.

Article 9. Durée du mandat et cessation des fonctions :

Le mandat d'un membre du directoire prend fin lorsque son titulaire quitte l'établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il en était membre.

Le mandat des membres du directoire qui y ont été nommés par le directeur est de 4 ans. Il prend fin lors de la nomination d'un nouveau directeur.

Un membre du directoire nommé par le directeur peut démissionner de ses fonctions au sein du directoire mais cette démission ne prend effet qu'à l'expiration d'un préavis de deux mois au cours duquel le directeur procède à son remplacement.

Le directeur peut révoquer les membres du directoire qu'il a nommés *notamment en cas d'absences répétées injustifiées, de manquements avérés aux obligations de confidentialité, de conflits d'intérêt non déclarés*. Il en informe le conseil de surveillance.

Article 10. Invités permanents :

Le président, en concertation avec le premier vice-président du directoire, convient de la liste des personnes invitées à s'associer aux travaux du directoire de manière permanente.

Il veille à conserver, au sein du directoire ainsi composé, une majorité de membres issus des professions médicales. Le nombre total des membres du directoire et des invités permanents doit rester inférieur ou égal à quinze.

Les invités permanents participent aux travaux et débats du directoire. Ils cessent d'y être invités sur simple décision du président prise en concertation avec le premier vice-président.

Chapitre 3 : Conditions d'exercice des membres du Directoire

Article 11. Caractère gratuit des fonctions :

Les fonctions de membre du directoire sont exercées à titre gratuit.

Les intéressés peuvent être indemnisés au titre des frais de déplacement engagés dans le cadre de leurs fonctions, selon les règles et tarifs applicables à la fonction publique hospitalière.

Article 12. Obligation de discrétion :

Les membres du directoire, ainsi que toute autre personne présente lors de ses réunions, sont tenus à une obligation de discrétion à l'égard des documents communiqués et de l'ensemble des informations ou avis échangés.

Article 13. Conflits d'intérêts :

Tout membre du directoire, dès sa nomination et en tout cas avant la première réunion du directoire à laquelle il est appelé à siéger, déclare à son président les conventions qu'il a passées, directement ou indirectement, avec le CHRU de Lille.

Par la suite, à peine de révocation, il déclare tout projet de convention qu'il envisage de passer avec le CHRU de Lille au cours de son mandat.

Chapitre 4 : Fonctionnement du Directoire
--

Article 14. Organisation interne :

Le directeur est le président du directoire. Le président de la commission médicale d'établissement en est le premier vice président, chargé des affaires médicales. Le directoire compte en outre deux vice-présidents : le vice président doyen et le vice-président chargé de la recherche.

La concertation au sein du directoire a lieu à l'initiative et selon les modalités définies par son président.

Pour le bon déroulement des séances, le président du directoire peut se faire assister des collaborateurs de son choix.

Article 15. Suppléance :

Les membres du directoire doivent y siéger personnellement sans pouvoir s'y faire remplacer par un suppléant.

En cas d'absence du président, la réunion du directoire se tient sous la présidence du premier vice-président, chargé des affaires médicales.

Tout membre du directoire empêché d'assister à l'une de ses réunions en informe, dès que possible, le secrétariat du président.

Article 16. Réunions :

Le directoire, se réunit, sur la base minimum d'un rythme mensuel, selon un calendrier prévisionnel arrêté par le président du directoire et communiqué à ses membres en décembre pour l'année suivante.

Des séminaires du directoire sont en outre organisés pour l'examen approfondi de dossiers particulièrement complexes.

En cas de nécessité, le directoire est réuni sur simple convocation de son président adressée personnellement, par tout moyen, à chacun de ses membres.

Les séances ne sont pas publiques. Le président du directoire peut inviter toute personne compétente en fonction des sujets inscrits à l'ordre du jour.

Article 17. Ordre du jour :

L'ordre du jour est arrêté par le président du directoire puis adressé à chacun de ses membres, par voie électronique, au moins 24 heures avant chaque réunion.

L'ordre du jour de chaque réunion du directoire comprend systématiquement une information de son président sur les décisions prises en lien avec l'ordre du jour des réunions précédentes.

Article 18. Quorum :

Les débats au sein du directoire se déroulent valablement quel que soit le nombre des participants présents.

Article 19. Modalités de vote :

Les débats du directoire ne donnent pas lieu à un vote sauf en ce qui concerne l'adoption du projet médical. Ce dernier est adopté à la majorité des neuf membres du directoire.

Article 20. Compte-rendu :

Les membres du directoire reçoivent, par voie électronique, un compte-rendu de séance dans le courant du mois suivant chaque réunion.

Ce compte rendu mentionne :

- *la date de la réunion*
- *la liste des membres présents*
- *un rappel de l'ordre du jour et une brève synthèse des débats.*

Il est accompagné des documents présentés en séance.

L'ensemble des comptes-rendus est conservé par la direction générale du CHRU.

Article 21. Publicité des décisions :

Les décisions du directeur, prise après concertation avec le directoire, sont notifiées au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le conseil de surveillance, les chefs de pôle, la CME, le CTE, et les membres de l'équipe de direction en sont régulièrement informés.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens est exécutoire dès sa signature par les parties.

L'EPRD et le PGFP sont exécutoires à compter de leur approbation par le directeur général de l'agence régionale de santé. Ils sont réputés approuvés si ce dernier n'a pas fait connaître son opposition dans un délai de 30 jours suivant leur notification.

Les autres décisions sont exécutoires de plein droit dès leur réception par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article 22. Moyens de fonctionnement :

Le directoire dispose de moyens matériels, financiers et humains mis à sa disposition par le directeur.

Chapitre 5 : Sous-commissions constituées par le Directoire

Article 23. Comités spécialisés :

Le directoire peut constituer un ou plusieurs comités spécialisés comprenant notamment un ou plusieurs de ses membres.

Chaque comité rend compte de ses missions et travaux au directoire.

Article 24. Entrée en vigueur et modifications :

Le présent règlement intérieur est entré en vigueur, pour une durée indéterminée, à compter du 8 juin 2010 conformément à la décision prise par le directeur, après concertation avec le Directoire.

Il pourra être modifié par toute décision du directeur, prise en concertation avec le directoire.

REGLEMENT INTERIEUR TYPE DES POLES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

PREAMBULE

La loi HPST prévoit que les établissements hospitaliers sont organisés en pôles hospitalo-universitaires, eux-mêmes composés de structures internes.

Dans le respect des dispositions de ladite loi HPST, dans une volonté d'harmonisation et de cohérence du fonctionnement des pôles, le CHRU de Lille fait le choix d'adopter un socle de règles communes sous forme d'un règlement intérieur type des pôles, ces dimensions étant considérées comme relevant de l'organisation interne du CHRU.

Un avis sur ce règlement intérieur a été donné aux instances du CHRU à la date du :

- 2 février 2011 pour le Directoire
- 8 février 2011 pour la CME
- 14 février 2011 pour la CSIRMT
- 14 février 2001 pour le CTE

Ce règlement intérieur type s'applique à tous les pôles hospitalo-universitaires du CHRU.

TITRE I – STRUCTURATION DU PÔLE

Article 1 – Principes d'organisation des structures internes infra pôle

Le pôle d'activité hospitalo-universitaire est constitué d'au maximum trois échelons de structures rattachées de manière infra :

- des cliniques ou des instituts,
- des services,
- des unités fonctionnelles.

Cette structuration interne relève de la décision en vigueur du Directeur Général et notifiée à chaque chef de pôle. Elle est mise à jour selon la procédure existante au CHRU.

Une Unité Commune de Recherche est rattachée directement au pôle, et porteuse de la dimension recherche du pôle hospitalo-universitaire. Si plusieurs Unités Fonctionnelles de Recherche Hospitalières préexistaient à la création du pôle au 1^{er} septembre 2010, ces dernières sont maintenues et rattachées à l'unité commune.

Article 2 - Les activités médicales du pôle

En cohérence avec le projet médical du pôle et afin d'assurer sa mise en œuvre et son évaluation, le pôle peut demander au Département d'Information Médicale, la création d'une ou plusieurs Unités d'Activités Médicales. Ces activités médicales peuvent s'exercer de manière transverse à plusieurs unités fonctionnelles en infra et inter pôles.

TITRE 2 – LE MANAGEMENT DU POLE

Article 3 - Le chef de pôle

Conformément à l'article L 6146-1 du code de la santé publique, le chef de pôle est nommé par le Directeur Général, parmi les PU-PH, PH, praticiens contractuels et contractuels associés (praticiens mentionnés à l'article L. 6151-1 et aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 6152-1), et sur présentation d'une liste de trois noms élaborée conjointement par le président de la CME et le président du comité de coordination de l'enseignement médical (directeur de l'UFR médicale pour le CHRU de Lille).

Il peut être mis fin dans l'intérêt du service aux fonctions de chef de pôle par décision du directeur après avis, pour les centres hospitaliers universitaires, du président de la commission médicale d'établissement, du directeur de l'unité de formation et de recherche médicale et du président du comité de coordination de l'enseignement médical.

La durée du mandat de chef de pôle est de quatre ans, renouvelable.

Les compétences du chef de pôle sont définies par l'article L. 6146-1 du code de la santé publique dont il ressort que :

- il est l'interlocuteur auprès de la Direction Générale et des instances du Centre Hospitalier Régional Universitaire pour les questions qui relèvent de la compétence du pôle, et dans la limite du mandat qu'il a reçu du CHRU de Lille ;
- il met en œuvre, au sein du pôle, la politique générale de l'établissement afin d'atteindre les objectifs fixés au pôle dans le contrat interne dont il est signataire ;
- il organise le fonctionnement technique 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, des missions et responsabilités des structures prévues par le projet de Pôle et des processus institutionnels ;
- il a autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes, administratives et d'encadrement du pôle.

La mise en œuvre détaillée de ces compétences au CHRU de Lille est décrite au sein du socle institutionnel du contrat interne type des pôles d'activité.

Le chef de pôle préside et anime le bureau et le conseil de pôle.

Article 4 - Collaborateurs du chef de pôle

Le chef de pôle est assisté d'une équipe managériale dont il propose la nomination au Directeur Général composée :

- ❖ d'un cadre supérieur de santé ou d'une sage-femme cadre supérieur selon l'activité du pôle, nommé après avis du Directeur délégué au pôle et du Coordonnateur Général des Soins ;

Le cadre supérieur du pôle coordonne l'ensemble de l'équipe des cadres de santé qui sont affectés au sein des cliniques et services du pôle. Il est également en charge de l'organisation, de la gestion et de l'évaluation des activités qui relèvent de sa compétence.

- ❖ d'un ou plusieurs cadres gestionnaires de pôle, nommés après avis du directeur délégué au pôle et de la direction en charge de l'animation fonctionnelle des cadres gestionnaires.

Lorsque plusieurs cadres gestionnaires de pôle sont nommés sur un même pôle, ils participent tous au management du pôle.

Article 5 – Chefs de pôle adjoints

Ce sont les responsables des structures internes du premier niveau rattachées au pôle (hors UF). Leur nomination dans les fonctions de chef de pôle adjoint est actée dans la décision du Directeur Général qui précise l'organisation interne de chacun des pôles.

Ce sont :

- le référent recherche du pôle, responsable de l'unité commune de recherche,
- dans les pôles hétérogènes, les responsables de clinique ou d'institut,
- dans les pôles homogènes, les responsables de service,
- dans le cas des cliniques médico-chirurgicales, il peut y avoir une responsabilité partagée de la clinique entre un médecin et un chirurgien, qui sont alors tous les deux chefs de pôle adjoints.

Les chefs de pôle adjoints participent à la démarche de contractualisation et ils apposent à ce titre leur visa au contrat interne du pôle.

Ils sont membres de droit du Conseil et du bureau de pôle.

Article 6 – Responsables de service au sein d'une clinique recouvrant plusieurs spécialités

Les responsables de service au sein d'une clinique recouvrant plusieurs spécialités, notamment les cliniques médico-chirurgicales, participent également à la démarche de contractualisation du pôle et visent en particulier le contrat interne du pôle.

Ils sont membres de droit du Conseil et du bureau de pôle.

Article 7 – Adjoints au chef de pôle

La loi HPST prévoit que le chef de pôle peut s'adjoindre tout autre collaborateur pour l'assister dans l'exercice de ses fonctions.

Au CHRU de Lille, il est ainsi prévu que le chef de pôle puisse attribuer le titre d'adjoint à tout membre de l'équipe médicale étant :

- responsable d'une structure n'étant pas directement rattachée au pôle (service...)
- référent ou porteur d'une responsabilité transversale du pôle (ex. : référent enseignement, référent qualité...)

Les adjoints sont également membres de droit du Conseil et du bureau de pôle.

Article 8 – L'ensemble de l'encadrement du pôle

L'ensemble des cadres contribue et est associé au fonctionnement et à l'organisation du pôle (et des différentes structures internes qui le composent), à la conduite des projets menés et objectifs poursuivis, ainsi qu'à l'animation des équipes de professionnels.

TITRE 3 – LA DIRECTION DELEGUEE

Article 9 – Le directeur délégué au pôle

Il représente le Directeur Général auprès du pôle afin de favoriser un management de proximité des activités et des ressources. Il est particulièrement attentif au bon respect des règles institutionnelles. Il favorise par son action la mise à disposition des ressources et des services rendus par les Départements de Ressources, par la Coordination Générale des Pôles Hôteliers et par l'ensemble des Délégations.

Le chef du pôle et le directeur délégué au pôle sont solidairement responsables de la mise en œuvre des projets et du respect des engagements inscrits au contrat devant le Directoire.

TITRE 4 - LES RESPONSABILITES MEDICALES

Article 10 – Les responsables de structure interne

Conformément à l'article R-6146-4, les responsables de structure interne des pôles hospitalo-universitaires sont nommés par le Directeur Général, sur proposition du chef de pôle, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Il peut être mis fin, dans l'intérêt du service, aux fonctions de responsable de structure interne par décision du Directeur Général :

- à son initiative, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement et du Chef de Pôle,
- suite à la proposition du chef de pôle, après avis du Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Les fonctions de responsables de structures internes se déclinent en :

- **Responsable de clinique ou d'institut**

En tant que chef de pôle adjoint, il vise le contrat interne du pôle et est donc à ce titre solidaire des engagements pris par le chef de pôle. Pour la clinique ou l'institut sous sa responsabilité, il :

- est en charge de la déclinaison du projet du pôle dans les structures sous sa responsabilité,
- anime l'élaboration et la mise en œuvre du projet médical dans la clinique ou l'institut ;
- coordonne l'élaboration du tableau des emplois médicaux et du programme d'équipement à l'échelle de la clinique qui sera ensuite consolidé à l'échelle du pôle.

En tant que responsable de la clinique, et par délégation du chef de pôle, il coordonne le fonctionnement, l'organisation ainsi que les équipes médicales et paramédicales des services et unités sous sa responsabilité en binôme avec un cadre supérieur de santé. Lorsqu'il s'agit d'une clinique médico-chirurgicale, il veille plus particulièrement à maintenir la collégialité entre les différentes disciplines représentées au sein de la clinique.

- **Responsable de service**

Le responsable de service coordonne le fonctionnement, l'organisation ainsi que les équipes médicales et paramédicales des services et unités sous sa responsabilité en binôme avec un cadre de santé, dans le cadre de l'accomplissement du projet de pôle.

Si le responsable de service exerce au sein d'une clinique (médico-chirurgicale) recouvrant plusieurs spécialités, il participe également à la contractualisation du pôle, vise en particulier le contrat interne et a un champ de responsabilité identique à celui du responsable de clinique ou d'institut en matière de déclinaison du projet médical ou d'élaboration du tableau des emplois et du programme d'équipement.

- **Responsable de l'Unité Commune de Recherche**

Le responsable de l'Unité Commune est le référent recherche du pôle hospitalo-universitaire.

A ce titre, il est le représentant du pôle sur cette thématique, notamment au sein du Conseil scientifique H&U et est donc l'interlocuteur privilégié de la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation, du Comité de la Recherche Biomédicale et en Santé Publique et de la Fédération de la Recherche Clinique.

Il coordonne l'élaboration du volet recherche décliné au sein du pôle, son évaluation régulière, ainsi que le rapport devant être remis à l'AERES, en lien avec les responsables des Unités fonctionnelles de Recherche Clinique rattachées à l'unité commune.

- **Responsable d'Unité Fonctionnelle**

Le praticien responsable d'une UF assure la conduite de l'Unité Fonctionnelle, l'organisation de son fonctionnement et de ses activités en lien avec le cadre de santé de l'unité. A ce titre, il coordonne en particulier conjointement avec les responsables des structures internes supra, la gestion du personnel médical de l'Unité Fonctionnelle pour assurer la continuité des soins, notamment en ce qui concerne les autorisations d'absence, les congés et l'établissement des tableaux de gardes et astreintes.

Il est garant du bon fonctionnement du Programme de Médicalisation du Système d'Information au niveau de l'Unité Fonctionnelle, ainsi que du suivi de la réalisation de l'activité et du codage des RUM au sein de l'Unité Fonctionnelle.

- **Référent d'Unité d'Activité Médicale**

Le référent d'UAM est un praticien titulaire temps plein ou temps partiel. Il a pour mission particulière le suivi de l'activité médicale concernée.

TITRE 5 – LES MODALITES DE CONCERTATION AU SEIN DU POLE

Article 11 – Modalités et échelons de concertation des personnels

- **Au niveau du pôle : le conseil de pôle**

Conformément à l'article R6146-9-1 du CSP, le chef de pôle veille à la concertation interne associant toutes les catégories du personnel, au sein du pôle.

Au sein du CHRU de Lille, le conseil de pôle, demeure l'instance privilégiée de représentation, de concertation et de communication au sein du pôle.

Les modalités de constitution du conseil de pôle sont précisées dans les articles ci-après.

- **Au niveau des structures intermédiaires : des espaces formalisés ad hoc**

Au-delà du cadre posé par l'institution en matière d'association et de participation des personnels, les pôles ont toute liberté pour mettre en œuvre des espaces de concertation formalisés représentant à la fois les catégories institutionnelles et les disciplines existantes au sein des pôles, qui pourraient prendre la forme de « conseils » de structures internes.

Si la mise en œuvre de ces instances donnait lieu à la nécessité d'organiser des élections, celles-ci se déroulent selon des règles propres au pôle concerné. Une vigilance particulière doit néanmoins être accordée à la représentativité des différentes catégories professionnelles constituant la clinique ou l'institut, et à l'équilibre entre personnels médicaux et non médicaux d'une part, entre cadres et non cadres d'autre part.

Les ordres du jour sont transmis au chef de pôle.

- **En proximité : les conseils d'expression**

Suite à la restructuration institutionnelle à compter du 1^{er} septembre 2010 et considérant la taille des pôles, cliniques, instituts, et leur dispersion géographique dans la structure architecturale du CHRU, l'échelon le plus pertinent pour organiser la concertation et pour favoriser l'expression des personnels est l'échelon de proximité.

Les conseils d'expression constituent donc le fondement et le mode d'association incontournable des personnels. Ils peuvent être organisés à l'échelon de l'unité fonctionnelle ou du service, et sont animés sous l'égide du binôme médecin responsable / cadre soignant. Les ordres du jour sont transmis au responsable de clinique et au chef de pôle.

Chaque service ou UF doit organiser un conseil d'expression tous les deux mois environ et au minimum 4 fois par an. Ces réunions, à laquelle participent l'ensemble des professionnels affectés dans la structure concernée, ont vocation notamment à aborder des problématiques autour de l'organisation courante du service ou de l'Unité Fonctionnelle et de son activité.

LE CONSEIL DE POLE

Article 12 - Le conseil de pôle

Le CHRU réaffirme le maintien des conseils de pôle, espace privilégié de représentation, de concertation et de communication au sein du pôle.

Dans la mesure du possible, le conseil de pôle a aussi vocation à assurer la représentativité des différentes spécialités et structures du pôle.

Article 13 – Composition du conseil de pôle

Le conseil de pôle est composé de membres de droit et de représentants des collèges professionnels composant le pôle qui sont membres élus.

Le conseil de pôle est constitué de soixante membres au plus.

Article 14 – Membres de droit du conseil de pôle

Outre le chef du pôle, président, sont membres de droit du conseil de pôle :

- Le cadre supérieur de santé du pôle, membre du trio managérial
- Les cadres gestionnaires qui assistent le responsable de pôle,
- Les chefs de pôle adjoints,
- Les adjoints nommés par le chef de pôle,
- Les responsables de services porteurs des autres spécialités dans les cliniques médico-chirurgicales et participantes au processus de contractualisation,
- Les cadres supérieurs de santé, sages-femmes cadres supérieurs ou cadres de santé qui assurent l'encadrement des structures de premier niveau directement rattachées au pôle.

Article 15 – Membres élus du conseil de pôle

Outre les membres de droit, le conseil de pôle comporte des membres titulaires et suppléants élus au scrutin uninominal majoritaire à un tour par et parmi les personnels relevant de chaque catégorie professionnelle représentée.

Seuls des personnels en fonction dans le pôle, peuvent être membres des conseils de pôle.

Les personnels, titulaires, stagiaires ou contractuels, sont électeurs et éligibles au sein des catégories de l'un ou l'autre des deux groupes ci-dessous :

- ❖ 1° - Le groupe des médecins, odontologistes et pharmaciens comprend les corps ou catégories suivants : professeurs des universités-praticiens hospitaliers, maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers, praticiens hospitaliers universitaires, praticiens hospitaliers à temps plein et à temps partiel, praticiens attachés et praticiens attachés associés présents depuis plus de 3 ans à la date des élections ;
- ❖ 2° - Le groupe des personnels de la fonction publique hospitalière comprend les différents corps et catégories des personnels régis par le titre IV du statut général des fonctionnaires.

Article 16 – Nombre et répartition des sièges des membres élus au conseil de pôle

© Document interne – propriété du CHRU de LILLE – 15/02/2011

6

5 collèges distincts permettent d'assurer la représentation des personnels médicaux et cadres des pôles hospitalo-universitaires :

- 5 sièges pour le collège des praticiens titulaires permanents

La répartition des sièges au sein de ce collège entre les personnels hospitalo-universitaires et les praticiens hospitaliers est ajustée pour assurer un équilibre de la représentation H et HU au regard de la représentativité H et HU au sein des membres de droit du conseil.

- 5 sièges pour le collège des cadres de santé
- 30 sièges au plus pour les représentants des collèges professionnels non médicaux non cadres, qui représentent au moins la moitié des membres du conseil de pôle.

Ces 30 sièges sont répartis au sein de 3 collèges distincts permettent d'assurer la représentation des catégories suivantes

- le collège des personnels sages-femmes, psychologues, infirmiers, de rééducation et médico-techniques,
- le collège des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture et des agents de service hospitaliers,
- le collège des personnels administratifs, techniques, logistiques et des personnels sociaux.

La répartition des 30 sièges entre les 3 collèges énoncés ci-dessus est calculée au prorata de la représentativité des effectifs desdites catégories professionnelles au sein du pôle concerné, en équivalents temps plein et arrêtés au 1^{er} janvier de l'année des élections.

Article 17 - Autres participants du conseil de pôle

Le directeur délégué au pôle et le directeur de soins assistent au conseil de pôle en tant que représentants du Directeur Général et de la Coordination Générale des Soins.

Membres associés

Sont associés au conseil de pôle : un représentant des chefs de cliniques et assistants du pôle ; un représentant des praticiens contractuels du pôle ; un représentant des internes du pôle.

Membres invités

Les référents du DIM et de la pharmacie pour le pôle, ainsi que les référents désignés au sein des Départements de Ressources, de la Coordination Générale des Pôles Hôteliers et des Délégations, peuvent être associés au conseil de pôle en tant que membres invités.

Les responsables médicaux des UF miroir du pôle peuvent également être invités au conseil de pôle.

Le conseil de pôle peut entendre tout professionnel de l'établissement, compétent sur les questions à l'ordre du jour.

Article 18 – Modalités d'élections au conseil de pôle

➤ Listes électorales

Les listes électorales sont établies au moins un mois avant la date du scrutin par le département des ressources humaines.

En cas d'exercice dans plusieurs pôles d'activité, le professionnel intéressé est rattaché, pour l'élection des membres des conseils de pôle, au pôle au sein duquel il exerce son activité à titre principal.

➤ **Date des élections**

Un mois au moins avant le scrutin, le Directeur Général publie par voie d'affichage la date retenue pour le vote, la liste des électeurs et des éligibles, ainsi que le nombre de sièges de représentants titulaires et suppléants à pourvoir dans les différents collèges énumérés à l'article 15.

➤ **Durée de mandat**

La durée du mandat des membres élus du conseil de pôle d'activité est de quatre ans. Ce mandat est renouvelable.

➤ **Suppléants**

Les sièges de suppléants ne donnent pas lieu à candidatures distinctes.

Sont d'abord déclarés élus, en qualité de titulaires, les candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix dans la limite du nombre de sièges à pourvoir ; sont ensuite déclarés élus, en qualité de suppléants, les candidats ayant ensuite obtenu le plus grand nombre de voix, par ordre décroissant du nombre de sièges de titulaires à pourvoir.

Lorsqu'un membre titulaire démissionne ou cesse d'appartenir au pôle ou à la catégorie qu'il représente en cours de mandat, il est remplacé par le premier suppléant inscrit du même collège sans qu'il soit besoin de procéder à de nouvelles élections.

Les membres suppléants ne siègent au conseil de pôle d'activité que pour remplacer des membres titulaires momentanément empêchés.

➤ **Procès-verbal des élections**

Le procès-verbal des opérations électorales, dressé par le(s) cadre(s) gestionnaire(s) de pôle, est affiché pendant six jours francs après le scrutin. Les éventuelles réclamations sur la validité de ces élections sont adressées au Directeur Général sous couvert du directeur délégué du pôle, avant l'expiration de ce délai.

Article 19 – Missions du conseil de pôle

Le conseil de pôle permet d'organiser une concertation ou une information sur toutes les questions touchant au fonctionnement, aux structures ou aux projets du pôle, dans le respect des compétences de chacune des instances du CHRU.

Il a notamment vocation à être associé sur des thématiques comme :

- l'élaboration du projet médical, de recherche et d'enseignement du pôle dans le cadre du projet d'établissement,
- la démarche de contractualisation interne du pôle,
- les résultats d'activité et l'équilibre recettes-dépenses du pôle,
- les résultats du pôle en matière d'indicateurs de qualité des soins,
- les résultats du pôle en matière de recherche,
- la mise en œuvre de projets organisationnels, médicaux, de recherche ou conjoints avec d'autres pôles
- l'évaluation par l'AERES.

Donnent lieu à concertation formalisée du conseil de pôle, les sujets suivants, prévus au contrat interne type du CHRU :

- l'examen des effectifs médicaux et du tableau des emplois non médicaux, et leurs modifications,
- les critères de répartition de la surprime parmi les personnels non médicaux du pôle
- le projet de formation du pôle qui décrit l'utilisation des crédits du plan de formation délégués au pôle,
- la proposition de fongibilité de l'enveloppe de praticiens attachés dévolue au pôle.

Article 20 – Réunions du conseil de pôle

Le conseil de pôle se réunit au moins trois fois par an, à l'initiative du chef de pôle.

Une réunion du conseil de pôle peut être demandée :

- par la moitié des membres du conseil de pôle,
- par le Directeur Général ou son représentant,
- par le Président de la CME.

Les membres du conseil de pôle sont convoqués, au plus tard huit jours avant la date de la réunion. Les convocations et ordres du jour des réunions du conseil de pôle sont portés à la connaissance des personnels par voie d'affichage dans les Unités Fonctionnelles du pôle.

Les réunions du conseil de pôle se tiennent en dehors des lieux ouverts au public. Les membres siègent sur leur temps de travail.

Article 21 – Ordre du jour du conseil de pôle

Le chef de pôle arrête l'ordre du jour de la réunion.

L'inscription d'une question particulière à l'ordre du jour peut être demandée par un tiers des membres du conseil par voie écrite.

Article 22 – Procès-verbal des réunions du conseil de pôle

Les réunions du conseil de pôle donnent lieu à l'établissement d'un procès-verbal validé par le chef de pôle.

Un exemplaire en est adressé au directeur délégué de pôle. Le procès-verbal est affiché au sein du pôle. Les éléments du procès-verbal sont en outre communiqués au Président du CHSCT local de référence du pôle pour celles des questions de l'ordre du jour relevant de la compétence réglementaire des CHSCT locaux, le Président ayant à sa charge la communication des éléments du procès-verbal à l'ensemble des membres du CHSCT local de référence.

LE BUREAU DE POLE

Article 23– Composition du bureau de pôle

Le bureau de pôle doit comporter au plus trente membres qui sont membres de droit ou représentants élus des collèges professionnels.

Il est composé des membres ci-dessous :

- Des membres de droit du conseil de pôle :
 - Le chef de pôle,
 - Le cadre supérieur de santé du pôle, membre du trio managérial
 - Les cadres gestionnaires qui assistent le responsable de pôle,

- Les chefs de pôle adjoints,
- Les adjoints nommés par le chef de pôle,
- Les responsables de services porteurs des autres spécialités dans les cliniques médico-chirurgicales participant au processus de contractualisation,
- Les cadres supérieurs de santé, sages-femmes cadres supérieurs ou cadres de santé qui assurent l'encadrement des structures de premier niveau directement rattachées au pôle.
- De représentants des membres élus au conseil de pôle
 - deux représentants de chacun des collèges médicaux et non-médicaux présents au conseil de pôle, soit 10 représentants.

Les représentants de chaque collège sont les membres élus titulaires ayant obtenu le plus grand nombre de voix lors de l'élection.

Le directeur délégué au pôle et le directeur des soins assistent au bureau de pôle en tant que représentants du Directeur Général et de la Coordination Générale des Soins.

Article 24 – Missions du bureau de pôle

Le bureau de pôle se réunit au moins six fois par an, à l'initiative du chef de pôle qui en assure la présidence et l'animation.

Le bureau prépare, instruit ou est concerté sur les dossiers qui lui sont soumis par le chef de pôle. Il peut élaborer des propositions en vue du conseil de pôle.

Article 25 – Fonctionnement du bureau de pôle

Le bureau de pôle obéit aux mêmes règles de fonctionnement que le conseil de pôle.

Le bureau du pôle peut associer à ses travaux toute personne qu'il estime nécessaire.



PREFET DU NORD

Décision

**signé par Yvonnick MORICE, directeur général
le 27 Octobre 2011**

**59_Etablissements hospitaliers
Centre Hospitalier Régional Universitaire de LILLE**

Décision enregistrée sous le n ° 11-10-0907
Règlement intérieur du CHRU de Lille

Décision enregistrée sous le n°

11-10-0907

Objet : Règlement Intérieur du CHRU de Lille

LE DIRECTEUR GENERAL,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6143-7 13°, L 6143-1, R. 6144-1 et 6144-40 ; Vu la

concertation menée au sein du directoire lors de sa réunion du 30 août 2011 ;

Vu la consultation de la CME lors de sa réunion du 13 septembre 2011, et du CTE lors de sa réunion du 19 septembre 2011 ;

Vu l'avis du conseil de surveillance en date du 17 octobre 2011 ;

Vu le règlement intérieur antérieurement adopté par le CHRU de Lille ;

Considérant qu'il convient d'adapter le règlement intérieur du CHRU de Lille à l'évolution des textes légaux ou réglementaires parus depuis le 21 juillet 2009 date de publication de la loi N° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;

DECIDE :

Article 1er : Le règlement intérieur du CHRU de Lille est arrêté conformément au texte des documents annexés à la présente décision :

- Règlement intérieur du CHRU de Lille
 - Annexe 1 : Règlement intérieur du conseil de surveillance
 - Annexe 2 : Règlement intérieur du directoire
 - Annexe 3 : Règlement intérieur de la commission médicale d'établissement
 - Annexe 4 : Règlement intérieur de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques
 - Annexe 5 : Règlement intérieur de la commission des relations avec les usagers
 - Annexe 6 : Règlement intérieur type des pôles hospitalo-universitaires
 - Annexe 7 : Charte d'utilisation des outils informatiques et de télécommunication

Article 2 : Le règlement intérieur et ses annexes pourra être consulté sur les sites internet et intranet du CHRU de Lille.

Article 3 : La présente décision sera publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture du Nord.

Lille, le 27 octobre 2011

Signé
Y. MORICE



PREFET DU NORD

Arrêté n °2011300-0001

**signé par Jean- Marc DAMMAREZ, directeur de la Résidence Olivier VARLET à
BOURBOURG
le 27 Octobre 2011**

59_Etablissements hospitaliers

Arrêté portant ouverture d'un concours externe sur titre en vue de pourvoir un poste d'aide soignant

Arrêté portant ouverture d'un concours externe sur titre

JMD/JMD

Le directeur,

Vu la Loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
Vu la Loi 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière
Vu le Décret 2007-1188 du 3 août 2007 portant statut particulier des aides soignants de la Fonction publique hospitalière.
Vu le tableau des effectifs autorisé

Arrête

Article 1 : Un concours externe sur titre est ouvert à l'E.H.P.A.D public de BOURBOURG en vu de pourvoir **un poste d'Aide Soignant**

Article 2 : Peuvent faire acte de candidature, les personnes de nationalité française qui remplissent les conditions suivantes :

- justifier du Diplôme d'Etat d'Aide Soignant avec formation AFGSU niveau 1 et 2
- jouir de ses droits civiques
- les éventuelles mentions portées au bulletin N° 2 du casier judiciaire doivent être compatibles avec l'exercice des fonctions
- se trouver en position régulière au regard du code du service national
- remplir les conditions d'aptitude physique exigées pour l'exercice de la fonction

Article 3°: Les dossiers de candidature comprenant :

- **Une déclaration de candidature au concours**
- **Une photocopie de la carte d'identité**
- **Une lettre de motivation eue égard au poste d'aide soignant en EHPAD de taille moyenne pour personnes âgées très dépendantes et présentant des pathologies incluant éventuellement une assistance individualisée ou en équipe de soins**
- **Un curriculum vitae très détaillé incluant les formations suivies et les emplois occupés et en précisant la durée**
- **Le diplôme exigible pour l'accès au corps concerné par le concours ou une copie certifiée conforme du document**

Devront être adressés dans le délai de deux mois à compter du présent arrêté soit avant le 31 décembre 2011 (cachet de la Poste faisant foi) à

Monsieur le Directeur
Résidence Olivier VARLET
17 Rue Verte
59630 BOURBOURG

Article 4 : Le présent arrêté sera publié par affichage dans l'établissement et dans ceux de la Préfecture et des Sous Préfectures du département du Nord ainsi que par insertion au recueil des actes administratifs de la préfecture du département.

A Bourbourg, le 27 octobre 2011

Le Directeur

Signé : J.M. DAMMAREZ



PREFET DU NORD

Avis

**signé par Jean- Marc DAMMAREZ, directeur de la Résidence Olivier VARLET à
BOURBOURG
le 27 Octobre 2011**

59_Etablissements hospitaliers

AVIS DE RECRUTEMENT PAR
INSCRIPTION SUR LISTE DE SELECTION
d'un poste d'agent des services hospitaliers
qualifiés en EHPAD publique

AVIS DE RECRUTEMENT PAR INSCRIPTION SUR LISTE DE SELECTION

JMD/JMD

Textes de référence :

Loi 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires
Loi 86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière

Décret modifié n° 2007-1188 du 03 aout 2007 portant statut particulier du corps des aides-soignants et des agents des services hospitaliers qualifiés de la Fonction Publique Hospitaliers

Objet de l'avis :

Nature du poste : Agent des Services Hospitaliers Qualifiés en E.H.P.A.D publique

Précisions sur le poste : Travail de jour en équipe soignante au service de personnes âgées dépendantes avec acceptation de travailler la nuit lorsque la continuité du service le nécessite

Diplôme requis : aucun mais les candidats seront invités à mettre en avant leur diplôme (BEP sanitaire et social), liste et durée des emplois et/ou formation de qualification

Nombre de poste : Un

Date limite de dépôt des candidatures : le 31 décembre 2011 (cachet de la poste faisant foi)

Lettre de candidature et curriculum vitae détaillé avec photocopie carte d'identité sont à envoyer :

Monsieur le Directeur
Commission de sélection des candidats ASHQ
Résidence Olivier VARLET
17 Rue Verte
59630 BOURBOURG

A Bourbourg, le 27 octobre 2011

Le Directeur
signé
J.M. DAMMAREZ

- Affichage personnel
- Monsieur le Préfet de l'Arrondissement de Lille
- Sous Préfecture de l'Arrondissement de Dunkerque
- Sous Préfecture de l'Arrondissement de Valenciennes
- Sous Préfecture de l'Arrondissement d'Avesnes sur Helpe
- Sous Préfecture de l'Arrondissement de Douai
- Sous Préfecture de l'Arrondissement de Cambrai
- Dossier



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011285-0003

**signé par Jean- Christophe BOUVIER, sous- préfet directeur de Cabinet
le 12 Octobre 2011**

**59_Präfecture du Nord
Cabinet du Préfet
SIRACEDPC**

Arrêté modifiant la composition de la sous
commission départementale pour la sécurité
publique relevant de la commission
consultative départementale de sécurité et
daccessibilité



PRÉFET DU NORD

Le Directeur de Cabinet

Service Interministériel
Régional des Affaires
Civiles et Economiques
de Défense et de la
Protection Civile

Bureau de la Prévention

Arrêté modifiant la composition de la sous commission départementale pour la sécurité publique relevant de la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité

Le Préfet de la région Nord-Pas-de-Calais
Préfet du Nord
Officier de la Légion d'Honneur
Commandeur de l'ordre national du Mérite

Vu la loi d'orientation et de programmation du 21 janvier 1995 relative à la prévention de la délinquance, notamment en son article 11 ;

Vu la loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance ;

Vu le code de la construction et de l'habitation, notamment son article R.123-45 ;

Vu le code de l'urbanisme, notamment les articles L.111-3-1 relatif aux études de sécurité et R.111-49 concernant le contenu des études de sécurité;

Vu le décret n° 95-260 du 8 mars 1995 modifié par le décret n° 97-645 du 31 mai 1997 relatif à la commission consultative départementale de sécurité et d'accessibilité, notamment son article 17 ;

Vu le décret n° 2006-672 du 8 juin 2006 relatif à la création, à la composition et au fonctionnement des commissions administratives à caractère consultatif ;

Vu le décret n° 2007-1177 du 3 août 2007 pris pour l'application de l'article L. 111-3-1 du code de l'urbanisme et relatif aux études de sécurité publique modifié par le décret n° 2011-324 du 24 mars 2011 relatif aux études de sécurité publique ;

Vu le décret n° 2009-1484 du 3 décembre 2009 relatif aux Directions Départementales Interministérielles, notamment les articles 3, 5 et 17 ;

Vu le décret n°2011-324 du 24 mars 2011 relatif aux études de sécurité publique ;

Vu la circulaire interministérielle du 1^{er} octobre 2007 relative à l'application de l'article L. 111- 3-1 du code de l'urbanisme ;

Vu l'arrêté préfectoral du 23 novembre 2007 relatif à la création de la sous-commission départementale pour la sécurité publique dans le département du Nord ;

Vu l'arrêté préfectoral du 18 janvier 2008 relatif à la composition de la dite sous-commission , complété par arrêté du 16 juillet 2008 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 20 janvier 2011 de délégation de signature à M. Jean Christophe Bouvier, Sous-Préfet et Directeur de Cabinet et notamment les articles 8 et 9 ;

Vu l'arrêté préfectoral du 20 mai 2011 portant sur la constitution de la sous commission départementale pour la sécurité publique ;

Vu l'arrêté préfectoral du 7 juillet 2011 modifiant la composition de la sous commission départementale pour la sécurité publique ;

Vu la demande de la Fédération des Promoteurs Immobiliers en date du 29 septembre 2011 ;

Sur proposition de Monsieur le Directeur de Cabinet et de Monsieur le Directeur du SIRACED-PC.

ARRETE

Article 1^{er} : L'article 2 de l'arrêté préfectoral du 7 juillet 2011 portant sur la composition de la sous-commission départementale pour la sécurité publique créée par arrêté préfectoral du 23 novembre 2007, est modifié comme suit en ce qui concerne les représentants de la Fédération des Promoteurs Immobiliers :

Pour la Fédération des Promoteurs Constructeurs de la Région Nord

Titulaire :Monsieur Xavier KIEKEN

Suppléants : Monsieur Hervé CLICHE et Monsieur Philippe MARCOTTE

Article 2 : Les autres dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2011 demeurent inchangées.

Article 3 : Le Secrétaire Général de la Préfecture du Nord, le Directeur de Cabinet, le Directeur Départemental de la Sécurité Publique, le Commandant du groupement de gendarmerie départementale et le Directeur du SIRACED-PC 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 du Nord.

Fait à Lille, le 12 octobre 2011

Pour le préfet,
Le Directeur de Cabinet,

Signé

Jean-Christophe BOUVIER



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011298-0005

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 25 Octobre 2011**

**59_Präfecture du Nord
Secrétariat général
DIFRHEM - Direction des finances, des ressources humaines et des moyens**

Arrêté modificatif relatif à la désignation du régisseur d'avances suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord



PRÉFET DU NORD

Direction des finances
des ressources humaines
et des moyens

Service financier
Bureau de la dépense

Arrêté modificatif relatif à la désignation du régisseur d'avances suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord

Le préfet de la région nord-pas de calais,
Préfet du nord,
Officier de la légion d'honneur,
Commandeur de l'ordre national du mérite

Vu le décret n° 62.1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité publique et notamment l'article 18,

Vu le décret n° 92.681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics,

Vu le décret n° 2008-227 du 5 mars 2008 abrogeant et remplaçant le décret n° 66.850 du 15 novembre 1966 relatif à la responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs,

Vu l'arrêté interministériel du 28 mai 1993 relatif au taux de l'indemnité de responsabilité susceptible d'être allouée aux régisseurs d'avances et aux régisseurs de recettes relevant des organismes publics et le montant du cautionnement imposé à ces agents, modifié par l'arrêté interministériel du 3 septembre 2001 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs,

Vu l'arrêté interministériel du 29 juillet 1993 modifié habilitant les préfets à instituer ou à modifier des régies d'avances et de recettes de l'Etat auprès des services régionaux ou départementaux relevant du ministère de l'intérieur,

Vu l'arrêté ministériel du 27 décembre 2001 relatif au seuil de dispense de cautionnement des régisseurs d'avances et des régisseurs de recettes,

Vu l'arrêté préfectoral du 28 décembre 1993, modifié par les arrêtés préfectoraux du 20 juin 2000 et du 8 juillet 2002, portant institution d'une régie d'avances auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord et fixant le montant de l'avance à consentir au régisseur.

Vu l'arrêté préfectoral du 28 décembre 1993, modifié le 22 février 1999 et le 10 octobre 2003 nommant le régisseur titulaire et le régisseur suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord.

Vu l'avis de Monsieur le Directeur régional des finances publiques en date du

Sur proposition de Monsieur le Secrétaire Général de la Préfecture du Nord,

ARRÊTE

Article 1 – l'article 2 de l'arrêté préfectoral du 28 décembre 1993 modifié nommant le régisseur titulaire et le régisseur suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la direction de la réglementation et des libertés publiques de la préfecture du Nord est modifié comme suit :

« En cas d'absence ou d'empêchement du régisseur titulaire, Mlle Martine BOURET, secrétaire administratif de préfecture, assurera les fonctions de régisseur suppléant. »

Le reste sans changement.

Article 2 – Monsieur le secrétaire général de la préfecture du Nord est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié aux intéressés à Monsieur le Directeur Régional et départemental des Finances Publiques et publié au recueil des actes administratifs de la Préfecture du Nord.

Fait à Lille, le 25.10.2011
Pour le préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général

Signé

Marc-Etienne PINAULDT



PREFET DU NORD

Arrêté n ° 2011298-0006

**signé par Marc- Etienne PINAULDT- Secrétaire général
le 25 Octobre 2011**

**59_Präfecture du Nord
Secrétariat général
DIFRHEM - Direction des finances, des ressources humaines et des moyens**

Arrêté préfectoral portant clôture de la régie
d'avances instituée auprès de la sous-
préfecture de Valenciennes



PRÉFET DU NORD

Secrétariat général de la
préfecture du Nord

Direction des finances
des ressources humaines
et des moyens

Service financier
Bureau de la dépense

Arrêté préfectoral portant clôture de la régie d'avances instituée auprès de la sous-préfecture de Valenciennes

Le préfet de la région nord-pas de calais,
Préfet du nord,
Officier de la légion d'honneur,
Commandeur de l'ordre national du mérite

Vu le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962 modifié portant règlement général sur la comptabilité publique;

Vu le décret n° 2008-227 du 5 mars 2008 relatif à la responsabilité personnelle et pécuniaire des régisseurs;

Vu le décret n° 92-681 du 20 juillet 1992 modifié relatif aux régies de recettes et aux régies d'avances des organismes publics;

Vu l'arrêté interministériel du 29 juillet 1993 modifié habilitant les préfets à instituer ou à modifier des régies d'avances et de recettes de l'État auprès des services régionaux ou départementaux relevant du ministère de l'intérieur;

Vu l'arrêté interministériel du 28 mai 1993 modifié fixant le taux de l'indemnité de responsabilité susceptible d'être allouée aux régisseurs d'avances et aux régisseurs de recettes relevant des organismes publics et le montant du cautionnement imposé à ces agents, modifié par arrêté du 3 septembre 2001;

Vu l'arrêté interministériel du 1er décembre 2000 modifiant l'arrêté interministériel du 29 juillet 1993 et habilitant les préfets à instituer des régies de recettes et d'avances pour la détention et la distribution des valeurs, des bons d'achat ou des bons de secours;

Vu l'arrêté préfectoral du 28 décembre 1993 modifié le 22 mai 2002, instituant une régie d'avances auprès de la sous-préfecture de Valenciennes;

Vu l'arrêté préfectoral du 19 mars 2007 nommant Mme Annie-Claude LIONNE, régisseur titulaire et Mlle Annie NEYRINCK, régisseur suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la sous-préfecture de Valenciennes;

Vu la demande de M. le sous-préfet de Valenciennes afin qu'il soit procédé à la clôture de cette régie d'avances;

Vu l'avis favorable de M. le directeur régional et départemental des finances publiques en date du 10 octobre 2011;

Sur proposition de M. le secrétaire général de la préfecture du Nord .

ARRÊTE

Article 1er – L'arrêté préfectoral du 28 décembre 1993 modifié le 22 mai 2002 instituant une régie d'avances auprès de la sous-préfecture de Valenciennes est abrogé.

Article 2 – L'arrêté préfectoral du 19 mars 2007 nommant le régisseur titulaire et le régisseur suppléant de la régie d'avances instituée auprès de la sous-préfecture de Valenciennes est abrogé.

Article 3 -- Monsieur le secrétaire général de la préfecture du Nord et Monsieur le directeur régional et départemental des finances publiques sont chargés, chacun pour ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture du Nord.

Fait à Lille, le 25.10.2011
Pour le préfet et par délégation,
Le Secrétaire Général

Signé

Marc-Etienne PINAULDT