

CONSTRUCTION NEUVE BATIMENT PSYCHIATRIE



Phase :
DCE

C.C.T.C. **Cahier des Clauses Techniques Communes**

Annexe 05 - Permis travaux

<p>Architecte mandataire :</p> <p>CRR ÉCRITURES ARCHITECTURALES</p> <p>127 av. de la République 63100 CLERMONT FERRAND</p> <p>Email : crr@crr- architecture.com</p> <p>Tel : 04 73 37 55 09</p>	<p>Economie - OPC :</p> <p>CEI GILLOT-JEANBOURQUIN 1b, route de Marchaux - 25000 BESANCON Tel : 03 81 80 01 33 - Email : contact@cei-ingenierie.fr</p>	<p>BET CF/cf :</p> <p>BRISELANCE & ASSOCIES 27 Grande Rue - 39120 CHAUSSIN Tel : 03 84 81 70 18 - Email : contact@briselance.com</p>
	<p>Architectes associés :</p> <p>LA FABRIKE ARCHITECTES 9 rue de Pontarlier - 25000 BESANCON Tel : 03 81 53 39 56 - Email : contact@lafabrike.fr</p>	<p>BET HQE :</p> <p>CRR INGENIERIE 127 av. de la République - 63100 CLERMONT FERRAND Tel : 04 73 37 55 09 - Email : agence@crr-ingenierie.com</p>
	<p>BET structure :</p> <p>STEBA / FDI 12 rue Arthur Bourdin - 25000 PONTARLIER Tel : 03 81 46 37 77 - Email : contact@fdi-bet.fr</p>	<p>BET acoustique :</p> <p>SALTO INGENIERIE 13 bis rue du Commandant Fayolle - 63510 AULNAT Tel : 04 73 28 33 67 - Email : contact@salto-ingenierie.com</p>
	<p>Bureau de contrôle :</p> <p>ALPES CONTROLES 17E rue Alain Savary - 25000 BESANCON Tel : 03 39 25 02 89 - Email : besancon@alpes-controles.fr</p>	<p>Coordinateur SPS :</p> <p>SOCOTEC 4 rue du Colonel Martin - 25000 BESANCON Tel : 03 81 41 15 00 - Email :</p>

Opération : BÂTIMENT ADMINISTRATION

Demande de Permis de Travaux n° : XX / XXX

(N°Lot / N° d'ordre)

Date d'émission de la demande : ____ / ____ / ____

(minimum 3 semaines avant l'intervention)

Demandeur

Lot n° :	Intitulé :	Entreprise :	
Responsable entreprise :	Nom :	Prénom :	Tél. :
Conducteur de travaux :	Nom :	Prénom :	Tél. :

Intervention

Zone concernée : **Niveau :** **Service :**

Nature des travaux :

Nuisances prévisibles :

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| - Bruits / vibrations | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Poussières | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Dépose de faux-plafonds | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autres : | | |

Coupures réseaux techniques :

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| - Electricité courants faibles / courants forts | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Ventilation | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Plomberie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Fluides médicaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Sécurité incendie | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| - Autres : | | |

Mesures préventives et de confinement :

Planification de l'intervention

Durée :

Date/heure demandées :

du
deau
à

Date/heure validées MOE/OPC:

du
deau
à

Date/heure validées MO :

du
deau
à**Avis****Avis du Maître d'Œuvre :**

Date :

Nom :

Avis du Technicien CHU chargé du suivi du chantier :

Vu avec les utilisateurs :

☐ Oui☐ Non☐ Non concernés

Date :

Nom :

Vu avec le service d'hygiène :

☐ Oui☐ Non☐ Non concerné

Date :

Nom :

Intitulé du document de référence :

Avis de l'Ingénieur conducteur d'opération :

Les mesures de sécurité énoncées dans le PGSSPS ou le plan de prévention doivent impérativement être respectées (balisage, accès chantier...).

Respecter impérativement les mesures décrites par le service d'hygiène qui sont jointes à ce permis avec un plan de confinement si nécessaire.

Respecter les dates et horaires programmés avec les cadres du service, le service d'hygiène et le chef projet du CHRU.

Avant d'intervenir dans un service, vos agents doivent se présenter obligatoirement au cadre pour prévenir le personnel hospitalier de leur présence.

Analyse des risques :

Prévoir une visite de démarrage de chantier avec le chef projet, un représentant de la cellule sécurité ainsi que la maîtrise d'œuvre et le coordonnateur SPS si ces derniers sont présents sur l'opération.

Il tient au chef d'entreprise de demander si besoin des compléments d'information en cours de chantier pour lever tout doute concernant des risques résiduels (prélèvements complémentaires amiante, zone à risque ionisant...)

Risque amiante :

Ci joint à ce présent permis de travail un extrait de la base de données amiante (voir plan pdf et fichier Excel).

En cas d'incompréhension ou de doute, vous devez en faire part avant d'intervenir au chef projet du CHRU.

Remarques :

- Même si une repérage amiante avant travaux a bien été réalisé, il tient néanmoins aux différents intervenants de demander si besoin lors de l'analyse de risque et en cas de doute un ou plusieurs prélèvements de matériaux complémentaires.
- Seuls les bâtiments vert et bleu sont exempt de recherche de matériaux amiantés du fait de leurs constructions récentes.

En début & fin d'intervention pour ouverture, fermeture des locaux à clés :

Faire IMPERATIVEMENT appel aux Agents de sécurité sûreté du CHRU (tél: 03 81 21 90 40 ou 03 81 21 90 41) ou aux agents de sécurité incendie (tél : 03 81 66 85 70). Il est également possible de demander une clef ou un badge d'accès au PC Sécurité au niveau R+0 contre remise du permis travaux validé.

La zone chantier doit être inaccessible au public et aux personnels hospitaliers non autorisés en cas d'absence d'intervenant. la zone devra donc être fermée à clef à minima tous les soirs et les veilles de week end et jours fériés.

Remarque : une pièce d'identité sera demandée en complément pour la fourniture ponctuelle d'un badge d'accès.

Permis feu :

Pensez à réaliser un permis de feu auprès des agents de sécurité incendie du CHRU, avant réalisation de travaux par point chaud et d'utilisation de matériel électroportatif, de chalumeau, de disqueuse,etc.

Se rendre sur place avec les agents de Sécurité pour remplir le permis de feu afin de réaliser une analyse de risque en tenant compte des travaux à réaliser et des modes opératoires.

Remarques :

- Prendre soin de couvrir les joints de dilatation et autres matériaux inflammables avec de la bâche ignifugée sur toute la hauteur, longueur ou surface.
- Protéger du chaud les réseaux primaires en PVC de Gaz Médicaux.
- L'entreprise doit fournir son propre extincteur devant être à proximité de la zone concernée par le PF

Le permis de feu est valable pour une vacation de travail et au maximum une journée.

Sécurité des personnes :

Baliser votre zone de chantier avec du ruban balise dans les circulations en activités le temps de la mise en place de vos confinements en dur ou de la constitution de votre périmètre de chantier. La zone chantier devra faire l'objet d'un balisage spécifique indiquant à toutes personnes la présence d'un risque particulier.

Lors de la manutention de matériel, les visiteurs, patients, brancardiers et personnels hospitaliers restent prioritaires.

La zone chantier devra rester continuellement propre de tous gravats ou autres outillages et matériels.

Rappels :

Refaire systématiquement un PT si les travaux ont un impact en dehors de la zone initialement programmée ou ayant un impact en terme de bruit, percement, sur les réseaux techniques,... non prévus initialement.

Les PT doivent parvenir au minimum 3 semaines AVANT au CHRU pour permettre leur instruction.

Date :

Nom :

Autocontrôle journalier par le titulaire du permis de travaux :

- des mesures de protection
- des cheminements

[illegible]

Les autocontrôles réalisés par l'entreprise doivent être archivés et disponibles pour consultation dans les bureaux de l'entreprise à la base-vie.

Ce document vise à faciliter le déroulement du chantier et est susceptible d'être amélioré en cours de chantier.

Le permis de travaux avec l'autocontrôle de l'entreprise doit systématiquement être affiché sur le lieu de l'intervention.

Demande de Permis de Travaux n° : XX / XXX N° lot Incrémentation +1 suivant le dernier effectué

Numérotation fait par l'entreprise

Date d'émission de la demande : ____ / ____ / ____

(minimum 3 semaines avant l'intervention)

Compléter la date par l'entreprise

Demandeur

Lot n° : Compléter	Intitulé : Compléter	Entreprise : Compléter
Responsable entreprise :	Nom : Compléter	Prénom : Compléter Tél. : Compléter
Conducteur de travaux :	Nom : Compléter	Prénom : Compléter Tél. : Compléter

A compléter par l'entreprise

Intervention

Zone concernée : **Niveau :** **Service :** Nom du ou des services impactés par les travaux

Zone concernée par les travaux

Nature des travaux :

- Décrire précisément la nature des travaux à réaliser

Nuisances prévisibles :

- Bruits / vibrations	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Poussières	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Dépose de faux-plafonds	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Autres :			Compléter au besoin

Coupures réseaux techniques :

- Electricité courants faibles / courants forts	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Ventilation	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Plomberie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Fluides médicaux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Sécurité incendie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Cocher
- Autres :			Compléter au besoin

Mesures préventives et de confinement : A renseigner par l'entreprise pour précision

Quelles sont les mesures préventives et de confinement proposées par l'entreprise pour tenir compte des problématiques d'hygiène hospitalière et des autres risques (permis de feu, consignations de réseaux,)

Durée :			A compléter par l'entreprise
	de	à	
Date/heure demandées :	de	à	A compléter par l'entreprise
Date/heure validées MOE/OPC:	de	à	A compléter par la MOE
Date/heure validées MO :	de	à	A compléter par le chef projet
			Cette dernière fait fois

Avis

Avis du Maître d'Œuvre :

Date :	Nom :	Visa :
A compléter par la MOE si pas de MOE laisser vierge		

Avis du Technicien CHU chargé du suivi du chantier : Indiquer avis favorable ou défavorable

Exploitation

Quelles sont les remarques et les consignes du technicien en charge de l'opération et / ou du chef projet à suivre par les Entreprises intervenantes ou les Techniciens du CHRU pour le bon déroulement de l'intervention avec les services de soins du CHRU.

Ainsi que toutes les autres mesures du MOA qui permettent de planifier et d'organiser les interventions dans des conditions optimum de sécurité en prenant en compte les contraintes de fonctionnements des différents services du CHRU.

Hygiène

Déterminer les mesures d'Hygiènes de prévention du Risque Infectieux à mettre en œuvre dans le cadre de travaux en milieu Hospitalier

EXEMPLE

Respecter impérativement les mesures décrites par le service d'hygiène qui sont jointes à ce permis avec un plan de confinement.

Respecter les dates et horaires programmés avec les cadres des services et le service d'hygiène.

INTERVENTION dans le WC de droite existant selon votre plan:

Dépose du faux plafond et attention au luminaire

Mise en place du caisson en Mélaminé étanche avec Nouveau scotch pour la durée des travaux.

Découpe des plaques en zone de chantier de Médecine Nucléaire

Repose du faux plafond et du luminaire

Nettoyage de fin de chantier

Dès Votre arrivée prendre impérativement contact par tél avec Mr XXXXX Xxxx Tél 03 81 66 XX XX ou Mme XXXXX Xxxxx Tél : 03 81 66 XX XX pour les prévenir de votre intervention.

En fin d'intervention pour fermeture des locaux à clés:

**Faire IMPERATIVEMENT appel aux Agents de SURETE du CHRU Tel: 03 81 21 90 40 Tél 03 81 21 90 41
ou Faire appel aux Agents de Sécurité poste 03 81 66 85 70**

Vu avec le service d'hygiène :

☐ Oui

☐ Non

☐ Non concerné

La validation ou pas du PT par le service d'hygiène, et si des mesures sont à prendre ou pas par les Entreprises intervenantes et les Services de soins du CHRU.

Date : Compléter

Nom : Compléter

Visa : Compléter

Avis de l'Ingénieur conducteur d'opération :

Indiquer avis favorable ou défavorable

Date : Compléter

Nom : Compléter

Visa : Compléter

Autocontrôle

PT XX/XXX

Autocontrôle journalier par le titulaire du permis de travaux :

- des mesures de protection
- des cheminements

Date	Nom	Signature

Les autocontrôles réalisés par l'entreprise doivent être archivés et disponibles pour consultation dans les bureaux de l'entreprise à la base-vie.

Ce document vise à faciliter le déroulement du chantier et est susceptible d'être amélioré en cours de chantier.

Plan d'installation de zone

PT XX/XXX

Intégrer un plan de la zone chantier pour une meilleur identification de la zone.