

PRESTATIONS INTELLECTUELLES

MISSION D'ORDONNANCEMENT, PILOTAGE ET COORDINATION (O.P.C.)

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS
Etablissement support du GHT Plaine de France
Direction du Patrimoine et des Investissements
2, rue du Docteur Delafontaine
93205 SAINT-DENIS CEDEX

REV	DATE	DESCRIPTION	REDACTION/VERIFICATION		APPROBATION		OPC	LOT - 01
A	01.04.26	Création	D. Bauerlé					
Les révisions sont indiquées par une marque de révision notée en marge								

SOMMAIRE

ARTICLE I. OBJET ET PÉRIMÈTRE DE LA MISSION.....	10
Section 1.01 Objet du présent CCTP	10
Section 1.02 Spécificité hospitalière et exigences majeures de la mission	10
Section 1.03 Périmètre fonctionnel couvert par l'OPC	11
(a) Zones de travaux neuves.....	11
(b) Zones de restructuration	11
(c) Zones sensibles nécessitant un contrôle OPC renforcé.....	11
Section 1.04 Périmètre temporel et responsabilités	11
(a) Phases couvertes.....	11
(b) Interactions OPC – intervenants	11
Section 1.05 Contraintes spécifiques impactant directement la mission OPC	12
(a) Contraintes fonctionnelles.....	12
(b) Contraintes techniques	12
(c) Contraintes hygiène & sécurité hospitalière	12
(d) Contraintes de phasage	12
Section 1.06 Objectif final de la mission OPC	12
ARTICLE II. DOCUMENTS CONTRACTUELS ET RÉFÉRENCES.....	13
ARTICLE III. DOCUMENTS CONTRACTUELS	13
Section 3.01 Documents contractuels principaux.....	13
Section 3.02 Documents techniques et pièces opérationnelles du marché.....	13
(a) Documents de conception et d'exécution.....	13
(b) Documents de phasage et de stratégie opérationnelle	13
(c) Notices et rapports techniques.....	13
(d) Rapports réglementaires et diagnostics préalables :	14
(e) Documents internes établissement hospitalier	14
Section 3.03 Documents complémentaires	14
Section 3.04 Rôle de vérification de l'OPC.....	14
Section 3.05 Références réglementaires et légales applicables.....	14
(a) Textes applicables aux opérations de construction.....	14
(b) Textes applicables au site hospitalier en exploitation.....	15
(c) Contraintes techniques liées au fonctionnement hospitalier	15
Section 3.06 Références normatives et techniques	15
(a) Références normatives techniques	15
(b) Règles professionnelles et DTU.....	15
(c) Documents internes spécifiques à l'hôpital	16
Section 3.07 Cohérence et mise à jour des documents	16
(a) De l'intégration continue de toutes les évolutions	16
(b) De la mise à jour permanente des outils OPC	16

(c)	De la traçabilité des actions OPC.....	16
(d)	De l'alerte immédiate en cas de risque	16
ARTICLE IV.	DÉTAIL DES MISSIONS	17
Section 4.01	Missions en phase pro / consultation des entreprises	17
(a)	Objectifs	17
(b)	Analyse des documents et contribution à la cohérence générale	17
(c)	Proposition de stratégie de phasage opérationnel	17
(d)	Contribution à l'analyse des offres	18
(e)	Livrables principaux	18
Section 4.02	Missions en phase de préparation des travaux.....	18
(a)	Objectifs	18
(b)	Élaboration des outils de coordination	18
(c)	Coordination avec l'hôpital	18
(d)	Installation de chantier	19
(e)	Convention inter-entreprises	19
(f)	Livrables principaux	19
Section 4.03	Missions en phase d'exécution des travaux.....	19
(a)	Objectifs	19
(b)	Organisation et animation des réunions OPC	19
(c)	Pilotage des opérations et ajustement permanent du planning.....	19
(d)	Gestion des coactivités et de la sécurité en site occupé	20
(e)	Gestion documentaire OPC	20
(f)	Livrables principaux	20
Section 4.04	Missions en phase de réception, essais, mises en service et levée des réserves	20
(a)	Objectifs	20
(b)	Préparation des opérations préalables à la réception (OPR)	21
(c)	Mise en service progressive selon phasage	21
(d)	Suivi des réserves.....	21
(e)	Livrables principaux	21
Section 4.05	Missions transversales de l'OPC	21
(a)	Gestion du risque	21
(b)	Communication interne / externe	21
(c)	Garantie de continuité de service.....	21
Section 4.06	Caractère obligatoire et inter-dépendant des phases	22
ARTICLE V.	LIVRABLES ET DOCUMENTS A FOURNIR.....	22
Section 5.01	Dispositions générales.....	22
Section 5.02	Livrables en phase Études / PRO / DCE.....	22
(a)	Analyse des pièces marché et notes de cadrage.....	22
(b)	Calendrier prévisionnel général (CPG)	23
(c)	Notes d'organisation prévisionnelle.....	23
Section 5.03	Livrables en phase Préparation	23

(a)	Plan d'Installation de Chantier (PIC)	23
(b)	Planning d'exécution détaillé (PED)	23
(c)	Plan de circulation et gestion des flux	23
(d)	Convention interentreprises	23
Section 5.04	Livrables en phase Exécution	24
(a)	Comptes-rendus OPC	24
(b)	Mise à jour des plannings	24
(c)	Rapport d'analyse des retards	24
(d)	Dossiers de suivi documentaire	24
(e)	Documents de sécurisation en site occupé	24
Section 5.05	Livrables en phase Réception	24
(a)	Planning des opérations préalables à la réception (OPR)	24
(b)	Suivi des levées de réserves	25
(c)	Dossier des Ouvrages Exécutés (DOE)	25
Section 5.06	Livrables spécifiques au phasage complexe des Urgences	25
(a)	Plans de phasage opérationnels détaillés	25
(b)	Plans de continuité de fonctionnement (PCF)	25
(c)	Scénarios d'urgence	25
Section 5.07	Exigences de qualité des livrables	25
ARTICLE VI.	EXIGENCES SPECIFIQUES AU SITE HOSPITALIER	26
Section 6.01	Continuité de service hospitalier et maintien des flux vitaux	26
(a)	Accès et circuits patients	26
(b)	Maintien des capacités d'accueil et réorganisation temporaire	26
Section 6.02	Contraintes d'accès chantier et cohabitation flux chantier / flux hospitaliers ..	26
(a)	Séparation physique et fonctionnelle stricte	26
(b)	Circulations techniques, SMUR et urgences	27
Section 6.03	Exigences sanitaires, hygiène et maîtrise des risques hospitaliers	27
(a)	Prévention des risques infectieux (aspergilliose, poussières, zones sensibles)	27
(b)	Bruit, vibrations et gênes acoustiques	27
(c)	Maîtrise des risques de pollution	27
Section 6.04	Exigences de sécurité renforcées	27
(a)	Protection des usagers	27
(b)	Sécurisation des zones en coactivité	27
(c)	Compatibilité avec les dispositifs de sécurité incendie	27
Section 6.05	Exigences logistiques spécifiques	28
(a)	Approvisionnements en flux tendu	28
(b)	Circulation des engins	28
Section 6.06	Communication, coordination et gestion de crise	28
(a)	Coordination quotidienne avec l'hôpital	28
(b)	Information des usagers et riverains	28
(c)	Gestion des situations d'urgence	28
Section 6.07	Gestion des phasages et transferts successifs	28

Section 6.08	Exigences renforcées pour les interfaces techniques et réseaux.....	29
Section 6.09	Exigences documentaires spécifiques au site hospitalier	29
ARTICLE VII.	CIRCUIT EXE / SYNTHÈSE & COORDINATION DOCUMENTAIRE	29
Section 7.01	Principes généraux	29
Section 7.02	Circuit des études d'exécution (EXE).....	30
(a)	Élaboration du calendrier EXE	30
(b)	Circuit EXE.....	30
Section 7.03	Circuit des études de synthèse (SYN).....	30
(a)	Calendrier de synthèse	30
(b)	Obligations OPC	30
Section 7.04	Coordination documentaire OPC.....	31
Section 7.05	Traçabilité des flux documentaires	31
Section 7.06	Procédure de diffusion des documents	31
Section 7.07	Journal OPC & Dossier de chantier.....	31
Section 7.08	Responsabilités de l'OPC dans le circuit documentaire.....	32
ARTICLE VIII.	ORGANISATION & PRESENCE MINIMALE DE L'OPC	32
Section 8.01	Organisation générale de la mission OPC	32
(a)	Interlocuteur unique et équipe dédiée	32
(b)	Stabilité de l'équipe et remplacement.....	32
Section 8.02	Présence minimale requise selon les phases du projet	33
(a)	Présence pendant les phases d'études (PRO / DCE).....	33
(b)	Présence pendant la phase de préparation de chantier.....	33
(c)	Présence pendant la phase exécution (travaux)	34
(d)	Présence pendant la réception et la levée des réserves.....	34
Section 8.03	Disponibilité et réactivité du titulaire	34
Section 8.04	Outils, supports et reporting OPC.....	34
Section 8.05	Exigences de présence renforcée lors des phases critiques.....	35
ARTICLE IX.	PLANNING & JALONS OPC	35
Section 9.01	Principes généraux	35
Section 9.02	Structure du planning OPC.....	35
(a)	Planning général de l'opération.....	35
(b)	Planning détaillé d'exécution.....	36
(c)	Planning des études d'exécution et de synthèse	36
(d)	Planning de phasage hospitalier	36
Section 9.03	Jalons obligatoires	36
(a)	Jalons contractuels	36
(b)	Jalons techniques	37
(c)	Jalons opérationnels de phasage hospitalier	37
(d)	Jalons de réception	37
Section 9.04	Mises à jour du planning.....	37

Section 9.05	Suivi des délais et analyses OPC.....	38
ARTICLE X.	EXIGENCES DE MOYENS DE L'OPC	38
Section 10.01	Exigences en ressources humaines.....	38
(a)	Qualification et expertise des intervenants.....	38
(b)	Nombre et disponibilité du personnel	38
Section 10.02	Exigences en matière de disponibilité	39
(a)	Réactivité opérationnelle	39
(b)	Présence lors des phases critiques.....	39
Section 10.03	Exigences en outils et moyens techniques.....	39
(a)	Outils de planification	39
(b)	Outils de modélisation et représentation	39
(c)	Outils de reporting.....	39
(d)	Outils numériques de communication	40
Section 10.04	Exigences en organisation documentaire.....	40
Section 10.05	Exigences en coordination opérationnelle.....	40
(a)	Animation des réunions.....	40
(b)	Contrôle continu des coactivités.....	40
Section 10.06	Exigences en sécurité, hygiène et environnement hospitalier	40
Section 10.07	Exigences de gestion des risques et aléas	41
ARTICLE XI.	JOURNAL OPC : TENUE OBLIGATOIRE & STRUCTURE	41
Section 11.01	Caractère obligatoire du Journal OPC.....	41
Section 11.02	Objectifs du Journal OPC	41
Section 11.03	Structure obligatoire du Journal OPC.....	41
(a)	Informations générales.....	41
(b)	Avancement des travaux.....	42
(c)	Coactivités et interfaces	42
(d)	Interactions chantier / hôpital	42
(e)	Incidents, aléas et non-conformités.....	42
(f)	Présence des intervenants.....	42
(g)	Décisions, OS et instructions reçues.....	42
(h)	Prévisions à court terme	42
Section 11.04	Modalités de tenue et de validation	42
Section 11.05	Archivage et transmission.....	43
ARTICLE XII.	ARTICULATION OPC / SPS : LIMITES & RESPONSABILITÉS.....	43
Section 12.01	Principe général de séparation des missions.....	43
Section 12.02	Responsabilités propres à l'OPC.....	43
Section 12.03	Responsabilités propres au SPS	43
Section 12.04	Articulation opérationnelle OPC ↔ SPS.....	44
(a)	Coordination documentaire	44
(b)	Réunions	44
(c)	Anticipation des phases critiques	44

(d)	Gestion des coactivités	44
Section 12.05	Limites de responsabilité de l'OPC.....	44
Section 12.06	Obligations d'alerte de l'OPC.....	44
ARTICLE XIII.	COÛT & MODE DE RÉMUNÉRATION.....	45
Section 13.01	Nature du prix – Forfait global et définitif.....	45
Section 13.02	Indivisibilité du forfait.....	45
Section 13.03	Prestations ponctuelles complémentaires – Vacations.....	45
Section 13.04	Modalités de paiement.....	46
(a)	Acomptes	46
(b)	Solde.....	46
Section 13.05	Conditions de facturation	46
Section 13.06	Révision des prix.....	46
Section 13.07	Avances éventuelles	46
Section 13.08	Non-cumul des rémunérations.....	47
Section 13.09	Absence de rémunération en cas de résiliation anticipée.....	47
ARTICLE XIV.	PÉNALITÉS ET NON-CONFORMITÉS OPC	47
Section 14.01	Principes généraux	47
Section 14.02	Typologie des non-conformités sanctionnables	47
(a)	Retard dans la remise des livrables	48
(b)	Absence ou insuffisance de présence sur site	48
(c)	Défaut de coordination ou erreur dans les plannings	48
(d)	Défaillance dans le suivi des coactivités	48
(e)	Manquements aux règles hospitalières, d'hygiène ou de sécurité	48
Section 14.03	Barème des pénalités	49
(a)	Retard de livrable	49
(b)	Absence à une réunion obligatoire.....	49
(c)	Indisponibilité sur site.....	49
(d)	Mauvaise exécution de la mission.....	50
(e)	Impact sur l'activité hospitalière	50
Section 14.04	Procédure de traitement des non-conformités	50
Section 14.05	Plafond des pénalités et cumul.....	51
ARTICLE XV.	MODALITÉS DE NOTIFICATION, ORDRES DE SERVICE (OS) ET ÉCHANGES OFFICIELS.....	51
Section 15.01	Principes généraux de notification.....	51
Section 15.02	Engagement de l'OPC quant à la réception et au suivi des notifications.....	52
Section 15.03	Ordres de Service (OS)	52
Section 15.04	Documents éligibles à notification officielle	52
Section 15.05	Hiérarchie des échanges et valeur contractuelle	53
Section 15.06	Traçabilité et archivage.....	53
Section 15.07	Délais de réponse et conséquences du silence	53

ARTICLE XVI.	SOUS-TRAITANCE & CONDITIONS D'ACCEPTATION.....	53
Section 16.01	Principe général.....	53
Section 16.02	Demande d'acceptation d'un sous-traitant.....	54
Section 16.03	Païement direct du sous-traitant.....	54
Section 16.04	Limites à la sous-traitance.....	54
Section 16.05	Obligations du titulaire vis-à-vis du sous-traitant.....	54
Section 16.06	Remplacement d'un sous-traitant.....	55
Section 16.07	Interdiction d'une sous-traitance non déclarée.....	55
Section 16.08	Responsabilité finale du titulaire.....	55
ARTICLE XVII.	PROCÉDURE DE VÉRIFICATION & ADMISSION DES PRESTATIONS	55
Section 17.01	Objet de la procédure de vérification.....	56
Section 17.02	Prestations soumises à vérification.....	56
Section 17.03	Modalités de transmission des prestations.....	56
Section 17.04	Délais de vérification par la Maîtrise d'Ouvrage / Maîtrise d'Œuvre.....	56
Section 17.05	Rejet d'une prestation et demandes de reprise.....	57
(a)	Délai de reprise imposé au titulaire.....	57
(b)	Obligation de correction.....	57
Section 17.06	Effets du rejet ou de l'absence de réponse.....	57
Section 17.07	18.07 – Admission des prestations.....	57
Section 17.08	Absence d'admission et conséquences contractuelles.....	58
Section 17.09	Vérification finale en fin de mission.....	58
ARTICLE XVIII.	ASSURANCES, AGREMENT ET OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES DE L'OPC.....	58
Section 18.01	Obligations d'assurance.....	58
(a)	Assurance responsabilité civile professionnelle.....	58
Section 18.02	Agrément des intervenants OPC.....	59
(a)	Compétence et qualification des personnels.....	59
(b)	Obligation de stabilité des intervenants.....	59
Section 18.03	Obligations réglementaires relatives au milieu hospitalier.....	59
(a)	Respect des règles de sécurité et de prévention.....	59
(b)	Obligations liées aux flux hospitaliers.....	59
Section 18.04	Confidentialité et protection des données.....	60
(a)	Secret professionnel.....	60
(b)	Protection des données.....	60
Section 18.05	Conformité administrative et légale.....	60
Section 18.06	Obligations spécifiques au chantier hospitalier.....	60
Section 18.07	Obligation d'alerte et de maîtrise des risques.....	61
ARTICLE XIX.	CONDITIONS DE PAIEMENT.....	61

Section 19.01	Dispositions générales.....	61
Section 19.02	Acomptes	61
(a)	Pendant la période d'études.....	61
(b)	Pendant la période de travaux	61
Section 19.03	Conditions d'éligibilité au paiement	61
Section 19.04	Délais de paiement	62
Section 19.05	Paieement du solde final	62
Section 19.06	Suspension du délai de paieement	62
ARTICLE XX.	RÉVISION DES PRIX	62
Section 20.01	Principe de la révision.....	62
Section 20.02	Mois de référence (m_0)	63
Section 20.03	Formule de révision	63
Section 20.04	Révision provisoire.....	63
Section 20.05	Révision non assimilable à une modification de prix.....	63
Section 20.06	Absence de révision pour les vacances	63
ARTICLE XXI.	RÉSILIATION DU MARCHÉ	63
Section 21.01	Résiliation pour motifs liés à l'exécution du marché.....	64
Section 21.02	Résiliation pour motifs d'intérêt général	64
Section 21.03	Résiliation pour circonstances extérieures ou de force majeure	64
Section 21.04	Résiliation pour cessation ou suspension d'activité du titulaire	64
Section 21.05	Conséquences de la résiliation.....	65
ARTICLE XXII.	RÈGLEMENT DES LITIGES	65
Section 22.01	Obligation de continuité du service.....	65
Section 22.02	Procédure de règlement amiable	65
Section 22.03	Arbitrage du Maître d'Ouvrage	65
Section 22.04	Saisine du Tribunal administratif.....	66
Section 22.05	23.05 – Documents contractuels opposables	66
Section 22.06	Absence d'effet suspensif.....	66

ARTICLE I. OBJET ET PÉRIMÈTRE DE LA MISSION

Section 1.01 Objet du présent CCTP

Le présent Cahier des Clauses Techniques Particulières définit de manière exhaustive le contenu de la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC) appliquée à l'opération de restructuration lourde et d'extension du service des Urgences adultes et pédiatriques de l'Hôpital Delafontaine.

La mission OPC a pour objectif principal de garantir :

- Le maintien en conditions opérationnelles H24 de l'ensemble des activités d'urgences pendant toute la durée du chantier ;
- La sécurisation stricte des flux (patients couchés, patients debout, SMUR, ambulances, visiteurs, personnels, logisticiens) durant toutes les phases ;
- La coordination temporelle et spatiale des travaux en site hospitalier occupé, en minimisant les risques d'interruption de service, de coactivité dangereuse ou de nuisances incompatibles avec un établissement de santé ;
- La maîtrise du phasage complexe incluant :
 - La création du nouveau garage SMUR ;
 - L'extension Est et les nouveaux accès Urgences ;
 - La restructuration progressive des zones pédiatriques, SAUV, UHCD, et urgences adultes ;
 - Les nombreux transferts d'activités à blanc ou réels ;
 - Les basculements techniques (CVC, SSI, désenfumage, réseaux humides et secs).

L'OPC intervient depuis la phase PRO jusqu'à la levée complète des réserves, incluant les opérations préalables à la réception, les essais techniques, les validations d'exploitation, et les phases de mise en service intermédiaires liées au phasage.

Section 1.02 Spécificité hospitalière et exigences majeures de la mission

La mission OPC s'exerce dans un environnement hospitalier critique, imposant des exigences spécifiques : Site occupé – Maintien des urgences en fonctionnement permanent.

Le service des urgences constitue un service vital, avec :

- un accueil H24 de patients adultes et pédiatriques,
- des secteurs sensibles (déchoquage, SAUV, UHCD, salle de naissance en lien indirect, imagerie, blocs opératoires en connexion verticale),
- des flux critiques à préserver : SMUR, ambulances, patients couchés, circuits longs, circuits courts, circuits pédiatriques.

La mission OPC doit garantir la continuité absolue de ces flux, en coordination permanente avec :

- Le cadre de santé des urgences ;
- La direction des soins ;
- Les équipes SMUR ;
- Les services techniques ;
- Le service de sécurité – PC Sécurité ;
- Les entreprises de travaux.

Aucune phase de travaux ne peut générer une interruption ou une dégradation du fonctionnement du service nécessitant un transfert hors site, sauf accord explicite de la Direction de l'Hôpital.

Section 1.03 Périmètre fonctionnel couvert par l'OPC

La mission OPC couvre l'ensemble des zones impactées :

(a) Zones de travaux neuves

Extension Est des urgences
Nouveau garage SMUR
Accès couchés / debout
Nouvelles circulations logistiques et techniques
Locaux techniques R+1 et toiture végétalisée
Accès pédiatriques et adultes
Niveau R+1 personnel (vestiaires, détente, bureaux)

(b) Zones de restructuration

Urgences adultes (circuit court, circuit long, IOA, accueil)
Urgences pédiatriques
Zones SAUV adultes et pédiatriques
Zones UHCD
Circulations transversales
Liaison ascenseurs/blocs opératoires
Patio et façades RDC (moucharabieh brique)

(c) Zones sensibles nécessitant un contrôle OPC renforcé

Déchocage
Accès SMUR
Zone d'imagerie à proximité
Locaux techniques existants (CVC, GTB, CFO, CFA, fluides médicaux)
Réseaux sous-dallés et réseaux du sous-sol (collecteurs EU/EV, gaines techniques, RIA, GTC)

Section 1.04 Périmètre temporel et responsabilités

(a) Phases couvertes

La mission OPC concerne les étapes suivantes :

- ❖ Phase PRO/DCE
- ❖ Phase ACT (avis OPC sur offres et planning entreprises)
- ❖ Période de préparation chantier
- ❖ Exécution des travaux par phases 1a → 3b
- ❖ Essais techniques, pré-requis exploitation, bascules techniques
- ❖ Mise en service intermédiaires (garage SMUR, extension Est, phase pédiatrie, phase adultes)
- ❖ Réception, OPR, levée des réserves
- ❖ Organisation des basculements fonctionnels entre phases

(b) Interactions OPC – intervenants

La mission implique la coordination :

- Entreprises TCE & lots techniques
- Maîtrise d'œuvre architecturale et technique
- Coordonnateur SPS
- Bureau de contrôle
- Direction des Services techniques du CHSD
- Responsables des urgences adultes et pédiatriques

- Responsabel sécurité / incendie (SSI / désenfumage)
- Cellule hygiène hospitalière (risques d'aspergillose, qualité d'air, poussières)

Section 1.05 Contraintes spécifiques impactant directement la mission OPC

L'opération comporte des contraintes majeures :

(a) Contraintes fonctionnelles

Maintien des circuits couchés et des circuits debout en continu
Nécessité de mettre en place des déviations temporaires sécurisées
Gestion des double-entrées temporaires
Risque fort de coactivité soignants/chantier

(b) Contraintes techniques

Réseaux existants en fonctionnement continu :

CVC double flux, CTA sensible, filtration hospitalière
Fluides médicaux (O2, air, vide)
SSI – impossibilité de désactiver zones sans alternatives
Réseaux CFO/CFA critiques pour équipements médicaux

Opérations de curage en site occupé nécessitant procédures anti-poussières renforcées

(c) Contraintes hygiène & sécurité hospitalière

Prévention stricte des risques d'aspergillose
Protection des patients immunodéprimés
Surveillance continue des poussières et vibrations
Interventions aux heures autorisées pour limiter les nuisances

(d) Contraintes de phasage

Le phasage impose de :

- Réaliser des découpages fins et opérationnels (1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3a, 3b)
- Garantir la mise en service partielle à chaque fin de phase
- Respecter les basculements fonctionnels validés avec les urgences
- Adapter les installations de chantier à chaque étape

Section 1.06 Objectif final de la mission OPC

La mission vise à garantir que :

- Le chantier se déroule sans interruption de service hospitalier,
- Les délais globaux et intermédiaires du planning soient respectés,
- Les coactivités soient maîtrisées,
- La sécurité des patients, du personnel et des entreprises soit assurée,
- Les basculements fonctionnels se déroulent sans incident,
- Les essais et mises en service soient coordonnés avec les équipes médicales,
- Les risques hospitaliers (infection, poussière, bruit, vibration) soient continuellement monitorés et maîtrisés.

ARTICLE II. DOCUMENTS CONTRACTUELS ET RÉFÉRENCES

Le présent article précise l'ensemble des documents contractuels, ainsi que les références réglementaires, techniques et organisationnelles applicables à la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC) dans le cadre de l'opération de restructuration et d'extension du service des Urgences de l'Hôpital Delafontaine, telle que définie à l'Article I.

L'OPC s'appuie sur ces documents pour élaborer, mettre à jour, analyser et piloter l'ensemble des outils de coordination nécessaires à la réalisation de l'opération en site hospitalier occupé et en fonctionnement continu (H24).

ARTICLE III. DOCUMENTS CONTRACTUELS

Les documents contractuels qui s'imposent au Coordonnateur OPC, par ordre de priorité en cas de contradiction, sont les suivants :

Section 3.01 Documents contractuels principaux

Le marché signé, incluant :

- L'acte d'engagement,
- Les pièces du marché OPC,
- Les éventuels avenants, OS ou compléments ultérieurs.
- Le présent Cahier des Clauses Particulières (CCP – OPC).
- Le Cahier des Clauses Administratives Générales – Prestations Intellectuelles (CCAG-PI).

Section 3.02 Documents techniques et pièces opérationnelles du marché

Sous la responsabilité de la Maîtrise d'Ouvrage et de la Maîtrise d'Œuvre, l'OPC dispose de l'ensemble des documents suivants :

(a) Documents de conception et d'exécution

Les plans et dossiers de conception architecturale et technique (APS – APD – PRO – DCE).

Les variantes validées par le maître d'ouvrage.

Les études, notes de calcul, et documents d'ingénierie (tous lots).

Les documents d'exécution (EXE – VISA), y compris les plannings d'approvisionnement des entreprises.

(b) Documents de phasage et de stratégie opérationnelle

Le phasage général du projet, incluant l'ensemble des séquences 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3a et 3b (issus des plans et documents B7).

Le calendrier prévisionnel des études et des travaux, tel que validé par la MOE et la MOA.

Les documents relatifs aux basculements fonctionnels, aux transferts d'activités et aux conditions de maintien en exploitation des urgences adultes, pédiatriques et du SMUR.

(c) Notices et rapports techniques

Notices techniques et programmatiques de toutes disciplines :

- Architecture,
- Structure,
- CVC, ventilation et qualité d'air,
- Désenfumage,
- SSI et sécurité incendie,

- Fluides médicaux,
- CFO/CFA et GTB,
- Thermique, acoustique,
- Accessibilité PMR.

(d) Rapports réglementaires et diagnostics préalables :

- Structurels, géotechniques, sondages,
- Amiante, plomb, PEMD,
- Sécurité incendie,
- Diagnostics sanitaires et hygiène hospitalière,
- Audits techniques.

(e) Documents internes établissement hospitalier

Protocoles internes de l'hôpital relatifs :

- Aux flux patients (couchés / debout / SMUR),
- A l'hygiène hospitalière (prévention aspergillose, confinement poussières),
- A la sécurité incendie,
- A l'accès secours,
- Aux circuits logistiques et au plan de circulation de site.

Section 3.03 Documents complémentaires

Tout document transmis par le Maître d'Ouvrage, la Maîtrise d'Œuvre, le Service Hygiène ou le PC Sécurité, même en cours de projet, est réputé opposable à l'OPC dès lors que :

- il impacte l'organisation du chantier ou la sécurité des flux,
- il modifie les phasages, les accès ou les conditions de fonctionnement du service des Urgences,
- il conditionne la mise en service intermédiaire d'une zone ou la continuité d'exploitation.

Section 3.04 Rôle de vérification de l'OPC

L'OPC est chargé de vérifier la cohérence, la compatibilité et la synchronisation :

- Des plans,
- Des interfaces techniques,
- Des contraintes d'exploitation hospitalière,
- Des séquences de travaux,
- Des approvisionnements,
- Des basculements techniques (CVC, SSI, FM, électriques),
- Des périodes d'intervention sensibles.

Il agit dans le cadre de sa mission, sans se substituer à la MOE ou au Contrôleur Technique.

Section 3.05 Références réglementaires et légales applicables

Bien que la mission OPC ne soit pas une mission réglementaire, elle doit s'exercer dans le respect des cadres légaux qui influent directement sur l'organisation des travaux, et notamment :

(a) Textes applicables aux opérations de construction

Code de la Construction et de l'Habitation (CCH).

Code du Travail (organisation du chantier, sécurité des travailleurs).
Réglementation des ERP, en particulier Type U — Établissements de soins.
Règles de sécurité incendie applicables aux ERP en exploitation.
Arrêtés et décrets relatifs aux installations techniques : ventilation, désenfumage, SSI, CVC, GTB, réseaux électriques.

(b) Textes applicables au site hospitalier en exploitation

Dispositions relatives aux établissements recevant du public en activité.

Obligations en matière de continuité de service, notamment :

- Accès secours,
- Fonctionnement des urgences h24,
- Hygiène hospitalière,
- Prévention des risques nosocomiaux,
- Gestion des poussières et vibrations.

(c) Contraintes techniques liées au fonctionnement hospitalier

Les dispositions du chantier doivent respecter :

- Les protocoles calculés de dépression / surpression,
- Les règles de compartimentage incendie,
- Les règles d'hygiène hospitalière (zones protégées, circuits propres/sales),
- Les contraintes de bruit et vibration vis-à-vis du bâti sensible,
- Les obligations de maintien en service continu (smur, fluides médicaux, cta, ssi).

Section 3.06 Références normatives et techniques

L'OPC doit connaître et intégrer dans son organisation les normes et guides techniques ayant une incidence sur :

- La planification,
- La coordination,
- La coactivité,
- Les conditions d'intervention.

(a) Références normatives techniques

Sans être en responsabilité de leur application directe, l'OPC doit tenir compte des exigences issues :

- des Eurocodes (impact sur les séquences structurelles),
- des normes CVC, ventilation, désenfumage, QAI,
- des normes relatives au SSI et dispositifs incendie,
- des normes fluides médicaux, GTB/GTC, CFO/CFA,
- des règles acoustiques hospitalières (temps de réverbération, affaiblissement),
- des normes thermiques (RT/RE2020).

Ces documents conditionnent les contraintes de coactivité et l'ordre des interventions.

(b) Règles professionnelles et DTU

L'OPC intègre dans la planification :

- les durées normées de mise en œuvre,
- les temps de séchage,
- les temps de ventilation après travaux,
- les délais incompressibles réglementaires (essais SSI, désenfumage, CTA, FM).

(c) Documents internes spécifiques à l'hôpital

Notamment :

- procédures PC Sécurité,
- plans d'évacuation,
- règles de désinfection et de confinement,
- protocoles d'accès travaux,
- règles d'intervention dans zones sensibles (pédiatrie, UHCD, SAUV).

Section 3.07 Cohérence et mise à jour des documents

L'OPC est responsable :

(a) De l'intégration continue de toutes les évolutions

L'OPC doit intégrer :

- Les révisions de plans,
- Les modifications de phasage,
- Les évolutions réglementaires,
- Les contraintes émergentes du site (accès, nuisances, sécurité incendie),
- Les retours d'exploitation des urgences en fonctionnement.

(b) De la mise à jour permanente des outils OPC

À chaque étape, l'OPC met à jour :

- Le planning général TCE,
- Les plannings détaillés par zone,
- Le planning des basculements techniques,
- Les plannings d'approvisionnement,
- Les plannings d'essais et de mise en service,
- La matrice de coactivité et les fiches d'interfaces,
- Les schémas d'accès et de circulation en site occupé.

(c) De la traçabilité des actions OPC

Via :

- comptes rendus de réunions OPC,
- rapports d'analyse de retard,
- registres de coactivité,
- fiches d'interface,
- rapports mensuels à la MOA,
- calendrier consolidé en version tracée.

(d) De l'alerte immédiate en cas de risque

L'OPC doit alerter instantanément la MOA et la MOE en cas :

- de risque de rupture de continuité de service (SMUR, urgences),
- d'incompatibilité chantier / exploitation,
- de risque incendie ou arrêt SSI,
- de coupure imprévue de réseaux critiques (fluides médicaux, CVC, électricité),
- d'écart majeur entre planification et conditions réelles du site.

ARTICLE IV. DÉTAIL DES MISSIONS

La mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC) a pour objectif d'organiser, harmoniser et réguler l'ensemble des interventions de l'opération afin d'en garantir :

- la maîtrise des délais,
- la cohérence des phases,
- la sécurité et la coordination des acteurs,
- la continuité de fonctionnement H24 des services d'urgences,
- la réduction des nuisances sur patients, personnels et activités cliniques,
- la sécurité sanitaire et incendie en site occupé,
- et la mise en service progressive des zones conformément au phasage B7.

Les missions de l'OPC sont décomposées en quatre étapes principales :

Phase PRO / consultation des entreprises,

Phase de préparation des travaux,

Phase d'exécution des travaux,

Phase de réception, mises en service et levée des réserves.

Section 4.01 Missions en phase pro / consultation des entreprises

(a) Objectifs

Garantir la cohérence entre la conception et les contraintes du site hospitalier actuel.

Intégrer dès l'amont le phasage hospitalier et les contraintes de maintien en service.

Vérifier la pertinence des délais, des lots, des interfaces et de la stratégie globale de réalisation.

Sécuriser les aspects planning dans la consultation des entreprises.

(b) Analyse des documents et contribution à la cohérence générale

L'OPC :

Analyse l'ensemble des dossiers de conception (APS, APD, PRO, DCE).

Vérifie la cohérence des phasages proposés avec les contraintes du site (urgences H24, SMUR, circuits couchés/debout).

Vérifie la compatibilité des durées prévisionnelles avec :

- les temps incompressibles liés aux installations techniques hospitalières,
- les temps d'essais SSI/CVC/GTB,
- les contraintes d'exploitation médicale.

(c) Proposition de stratégie de phasage opérationnel

L'OPC élabore :

- un phasage consolidé PRO, respectant les séquences 1a–3b,
- la définition des prérequis techniques de chaque phase (préalables CVC, SSI, fluides médicaux, protecteurs anti-poussières),
- les plans de maintien en service et de basculements fonctionnels.

Il apporte un avis sur :

- les accès provisoires (SMUR, couchés, piétons),
- les conditions de transfert d'activités,
- la compatibilité entre coactivités et sécurité incendie / hygiène.

(d) Contribution à l'analyse des offres

Pour la partie délais, organisation et coordination, l'OPC :

- Analyse les plannings prévisionnels des entreprises.
- Vérifie la cohérence des moyens humains et matériels avec les délais proposés.
- Identifie les incohérences impactant :
 - le maintien des urgences,
 - les accès secours,
 - les réseaux critiques.

Il propose les ajustements nécessaires avant notification des marchés.

(e) Livrables principaux

Note d'analyse OPC PRO/DCE

Planning prévisionnel général (version initiale)

Phasage opérationnel préliminaire

Avis OPC sur le DCE, sur les délais et sur les offres

Section 4.02 Missions en phase de préparation des travaux

Cette phase est essentielle pour sécuriser les conditions d'exploitation des Urgences pendant toute la durée des travaux.

(a) Objectifs

Structurer le chantier conformément aux exigences hospitalières.

Formaliser l'organisation opérationnelle complète (PIC, phasage détaillé, flux séparés).

Permettre le démarrage des travaux dans des conditions techniques, sécuritaires et hospitalières maîtrisées.

(b) Élaboration des outils de coordination

L'OPC produit :

- le planning général détaillé (Gantt TCE),
- les plannings par zones (extension Est, SMUR, SAUV, pédiatrie, adultes, R+1 personnel),
- le planning des basculements techniques (CVC, SSI, FM, CFO/CFA),
- le planning des transferts d'activité et mises en service partielles,
- le planning des essais et pré-requis techniques,
- les schémas d'accès, de circulation et de phasage en site occupé,
- les protocoles de coactivité.

(c) Coordination avec l'hôpital

L'OPC organise et anime les réunions spécifiques avec :

- l'encadrement des Urgences,
- le SMUR,
- le PC Sécurité / SSI,
- la Direction des Soins,
- l'Hygiène Hospitalière,
- les services techniques hospitaliers.

Il formalise :

- les circuits couchés/debout provisoires,

- les points de basculement,
- les conditions d'intervention en heures ouvrées / non ouvrées,
- les mesures de prévention nosocomiales (aspergillose),
- les protections anti-poussières et anti-bruit.

(d) Installation de chantier

L'OPC valide avec les entreprises :

les clôtures, palissades étanches, sas de chantier,
les base-vie (sans impact sur flux patients),
les zones de livraison et cheminements engins/camions,
les raccordements provisoires nécessaires,
les circulations séparées chantier / usagers.

(e) Convention inter-entreprises

L'OPC :

Coordonne l'élaboration du plan d'installation de chantier consolidé,
S'assure de sa cohérence avec les règles hospitalières (accès secours, PC sécurité, ventilation),
Fait valider les conventions inter-entreprises.

(f) Livrables principaux

PIC finalisé et validé
Planning d'exécution détaillé (PED)
Planning des études EXE / SYN
Plans de phasage hospitalier opérationnels
Plans de flux et déviations hospitalières

Section 4.03 Missions en phase d'exécution des travaux

(a) Objectifs

Garantir la bonne exécution du chantier dans les délais.
Assurer la coordination quotidienne des entreprises.
Préserver en continu la sécurité et le bon fonctionnement des Urgences.
Gérer les coactivités, les interfaces et les aléas.

(b) Organisation et animation des réunions OPC

L'OPC anime :

- les réunions hebdomadaires de coordination,
- les réunions de phasage / basculements techniques,
- les réunions de coordination hospitalière (exploitation / sécurité),
- les réunions inter-entreprises pour coactivité critique.

Il diffuse :

- des comptes rendus systématiques (sous 48 h),
- les plannings mis à jour,
- les matrices de coactivité.

(c) Pilotage des opérations et ajustement permanent du planning

L'OPC :

Suit quotidiennement l'avancement réel,
Identifie les écarts et propose les mesures correctives,
Réajuste les séquences en limitant les impacts sur :

- circuits couchés et SMUR,
- sécurité incendie,
- fonctionnement du service,
- hygiène hospitalière,
- bruit et vibrations.

Il valide :

- les jalons clés (Clos-couvert, réseaux, prérequis CVC/SSI),
- les conditions nécessaires au basculement d'une phase vers la suivante.

(d) Gestion des coactivités et de la sécurité en site occupé

L'OPC :

Contrôle la conformité des circulations séparées,
S'assure du respect des zones de confinement,
Planifie les coupures techniques (élec, FM, CVC, eau) en coordination avec l'hôpital,
Anticipe les risques forts (désenfumage, SSI, réseaux critiques).

Il organise :

- les interventions de nuit / weekend si nécessaire,
- les interruptions techniques avec préavis hospitalier.

(e) Gestion documentaire OPC

L'OPC tient à jour :

- tableaux d'avancement,
- registres de coactivités,
- planning consolidé,
- journal OPC,
- registre des coupures,
- schémas d'accès et modifications temporaires.

(f) Livrables principaux

Comptes-rendus hebdomadaires OPC
Plannings révisés (généraux + par phase)
Registre des coactivités
Journal OPC
Rapports d'analyse des retards (bimensuels)
Fiches risques (poussières, bruit, flux, SSI, etc.)

Section 4.04 Missions en phase de réception, essais, mises en service et levée des réserves

(a) Objectifs

Organiser les essais techniques et les OPR.
Garantir des mises en service sécurisées.
Assurer les bascules fonctionnelles sans interruption hospitalière.
Suivre la levée des réserves jusqu'à leur extinction.

(b) Préparation des opérations préalables à la réception (OPR)

L'OPC :

Planifie les essais techniques (CVC, désenfumage, SSI, GTB, FM),
Organise les tests de continuité de service,
Anticipe les maintenances préventives post-mise en service,
Coordonne la remise des DOE, DIUO, notices et plans EXE.

(c) Mise en service progressive selon phasage

Pour chaque phase (1b : garage SMUR ; 1d : extension Est ; 2b : SAUV/pédia ; 3b : urgences adultes), l'OPC :

- prépare le basculement fonctionnel,
- coordonne les validations hôpital / MOE,
- vérifie la disponibilité des réseaux, équipements, signalétiques et accès,
- organise l'accompagnement des équipes hospitalières.

(d) Suivi des réserves

L'OPC :

Maintient un tableau de suivi des réserves,
Coordonne les interventions correctives,
Organise les levées et visites de contrôle,
Confirme la date de mise en service définitive.

(e) Livrables principaux

Planning des OPR et essais
Planning des mises en service
Registre des réserves
Suivi des levées
Journal de fin de mission
Synthèse finale OPC

Section 4.05 Missions transversales de l'OPC

(a) Gestion du risque

L'OPC met en œuvre :

- une analyse de risques chantier / exploitation,
- des plans d'actions associés (prévention poussières, bruit, coupures),
- un suivi des risques résiduels.

(b) Communication interne / externe

L'OPC coordonne :

- les panneaux d'information,
- la communication avec les riverains et usagers,
- les réunions avec les services hospitaliers impactés.

(c) Garantie de continuité de service

En lien permanent avec :

- PC Sécurité,
- Cadres de santé,

- Direction des soins,
- Services techniques hospitaliers,
- Hygiène hospitalière.

Section 4.06 Caractère obligatoire et inter-dépendant des phases

Les phases sont :

- Indissociables,
- Obligatoires,
- Mutuellement dépendantes,
- Et doivent être exécutées dans l'ordre défini, sauf instruction contraire du maître d'ouvrage.

La qualité et la conformité de la mission OPC sont évaluées :

- sur la base de l'exécution correcte de chaque phase,
- sur la cohérence d'ensemble,
- et sur la capacité du titulaire à maintenir la continuité de service hospitalière.

ARTICLE V. LIVRABLES ET DOCUMENTS A FOURNIR

Section 5.01 Dispositions générales

Le titulaire de la mission d'OPC devra fournir l'ensemble des documents, livrables techniques, outils de suivi, analyses et pièces administratives permettant :

- D'assurer l'ordonnancement, la coordination et le pilotage du chantier,
- De garantir la continuité de service h24 du service des urgences,
- De maîtriser le phasage complexe détaillé dans les documents de planification (plans B7),
- D'assurer la sécurité des patients, du personnel hospitalier, des usagers et des entreprises,
- De documenter rigoureusement l'ensemble de la conduite opérationnelle du programme.

Tous les livrables seront transmis :

- en version numérique (PDF + formats modifiables : Excel, MS Project, DWG/PDF),
- en version papier sur demande du maître d'ouvrage,
- avec une traçabilité et un archivage systématique.

Section 5.02 Livrables en phase Études / PRO / DCE

(a) Analyse des pièces marché et notes de cadrage

Note d'analyse OPC du projet incluant :

- contraintes majeures du site occupé,
- analyse des flux (patients, personnel, ambulances, secours)
- analyse des contraintes structurelles, techniques, logistiques et réglementaires,
- articulation des zones sensibles (déchoquage, SAUV, UHCD, SMUR...).

Note de propositions OPC sur :

- Découpage en lots,
- Délais contractuels,
- Interfaces entre entreprises,
- Niveaux de coactivité acceptables (avec vérification sps).

(b) Calendrier prévisionnel général (CPG)

Version initiale + version affinée incluant :

- Phasage détaillé par macro-étapes,
- Intégration stricte du phasage hospitalier (plans b7, phases 1a-3b)
- Identification des zones critiques et interruptions impossibles.

Le calendrier inclura :

- Chemin critique,
- Marges,
- Jalons contractuels,
- Jalons de mise en service partielle (garage smur, extension est, sauv, urgences adultes).

(c) Notes d'organisation prévisionnelle

Analyse des flux chantier / flux hospitaliers (séparés),

Proposition détaillée des installations de chantier (bases-vie, circulations, zones stockages en flux tendu),

Hypothèses d'accès et de sécurisation des zones en site occupé,

Hypothèses de continuité fonctionnelle (accès couché, accès debout, SMUR, pédia).

Section 5.03 Livrables en phase Préparation

(a) Plan d'Installation de Chantier (PIC)

Document obligatoire comprenant :

- positionnement des palissades, cloisons étanches, sas pressurisés,
- flux séparés chantier / public / urgences,
- zones de livraison et horaires,
- implantation grue / matériels / zones tampons limités (flux tendu),
- dispositions sanitaires anti-poussières et anti-contaminations (aspergillose).

(b) Planning d'exécution détaillé (PED)

- Version consolidée avec les entreprises,
- Détail par lot, zone, niveau, unité fonctionnelle,
- Intégration du phasage opérationnel hospitalier (pédia, SAUV, adultes).
- Mise en cohérence avec les transferts temporaires prévus dans les documents techniques (transfert pédia dans le CMS, etc.).

(c) Plan de circulation et gestion des flux

Plans précis des accès temporaires :

- Accès couché,
- Accès debout,
- Urgence pédia,
- Smur,
- Flux ambulances,
- Flux internes (personnel, brancards, etc.)

(d) Convention interentreprises

Recensement, planification et validation des besoins (énergie, locaux partagés, déchets, etc.)

Intégration des règles strictes en site hospitalier.

Section 5.04 Livrables en phase Exécution

(a) Comptes-rendus OPC

CR hebdomadaires comprenant :

- Avancement par corps d'état,
- Mise à jour des contraintes hospitalières,
- Etat des coactivités,
- Retard par cause imputable
- Suivi des actions correctives,
- Suivi des transferts internes successifs (pédia, sauv, adultes).

(b) Mise à jour des plannings

Planning général mis à jour mensuellement minimum,
Planning détaillé mis à jour en fonction des retards / aléas,
Planning des transferts successifs, fondé sur la logique des phasages B7 (1a-3b).

(c) Rapport d'analyse des retards

Conformément au CCTP OPC de référence :

- Analyse détaillée des causes,
- Impact sur chemin critique,
- Mesures de rattrapage,
- Responsabilités identifiées par entreprise,
- Rapport bimensuel minimum.

(d) Dossiers de suivi documentaire

Dossier complet des plans visés,
Registre des visas et circuits de plans,
Dossier des études d'exécution (EXE) et de synthèse,
Suivi des non-conformités,
Journal de chantier OPC.

(e) Documents de sécurisation en site occupé

Fiches de méthodologie travaux à proximité des flux patients,
Plans de cloisonnements provisoires et phases de curage successives,
Protocoles poussières, vibrations et bruit (capteurs, seuils, alertes).

Section 5.05 Livrables en phase Réception

(a) Planning des opérations préalables à la réception (OPR)

Suivi des essais techniques pour tous lots techniques (CVC, CFA/CFO, plomberie...)
Coordination des visites du contrôle technique et SPS,
Organisation des séquences de mise en service par zones fonctionnelles :

- Garage SMUR,
- Extension Est,

- Pédiatrie + SAUV,
- Urgences adultes.

(b) Suivi des levées de réserves

Tableau de suivi,
Actions correctives planifiées,
Pilotage jusqu'à levée complète.

(c) Dossier des Ouvrages Exécutés (DOE)

Compilation et vérification (sans refaire EXE) :

- plans « as built »,
- notices techniques,
- rapports d'essais,
- schémas de réseaux (CVC, CFO, CFA, fluides médicaux),
- documentation des modifications apportées par le phasage.

Section 5.06 Livrables spécifiques au phasage complexe des Urgences

Éléments impératifs compte tenu de la structure du projet :

(a) Plans de phasage opérationnels détaillés

Basés sur les documents B7 (fournis), intégrant :

- Plans de transfert pédiatrie vers CMS,
- Plans des cloisonnements amovibles,
- Phasage des flux patients (priorité : déchocage, circuits longs),
- Phasage des zones chantier et zones « en activité » simultanées.

(b) Plans de continuité de fonctionnement (PCF)

Sur chaque phase :

- Maintien de l'accès SMUR,
- Maintien des accès couchés,
- Maintien des circuits longs / courts,
- Maintien des zones SAUV.

(c) Scénarios d'urgence

- Réouverture temporaire d'accès,
- Basculement d'activités,
- Gestion crise (poussières, bruit, rupture flux).

Section 5.07 Exigences de qualité des livrables

Tous les livrables devront être :

- Complètes, précises, immédiatement exploitables,
- Cohérentes avec les contraintes hospitalières,
- Actualisées en temps réel selon les retards et aléas,
- Validées par le MOE + MOA,
- Archivées de manière exhaustive.

ARTICLE VI. EXIGENCES SPECIFIQUES AU SITE HOSPITALIER

Compte tenu de la nature de l'opération — restructuration et extension du service des Urgences Adultes et Pédiatriques du CH Delafontaine en site hospitalier occupé, avec maintien intégral de l'activité H24 — des exigences spécifiques s'appliquent au titulaire de la mission OPC.

Ces exigences sont indissociables de la mission et constituent un cadre impératif visant à :

- Assurer la sécurité des patients, du personnel hospitalier et des usagers,
- Garantir la continuité de l'activité hospitalière et des flux vitaux (smur, couché, sauv),
- Limiter les nuisances, risques et interactions négatives liées au chantier,
- Permettre une exécution phasée, conforme aux documents b7.
- Respecter les principes stricts définis dans les documents de phasage et d'organisation de chantier.

Section 6.01 Continuité de service hospitalier et maintien des flux vitaux

Le site doit rester pleinement fonctionnel. À ce titre, l'OPC veille en permanence à la continuité :

(a) Accès et circuits patients

L'OPC doit garantir le maintien opérationnel des flux suivants :

Accès couché adulte et pédia, via SAS Ambulances et SMUR.

Accès debout (adultes et enfants), y compris réacheminements temporaires.

Accès SMUR vers garage provisoire puis définitif.

Accès SAUV adultes / SAUV pédia, selon séquences projetées.

Aucune phase de travaux ne doit interférer avec :

les délais d'accès aux salles de déchocage,
les transferts patients couchés,
les mouvements du SMUR et des ambulances.

(b) Maintien des capacités d'accueil et réorganisation temporaire

L'OPC intègre dans son pilotage les bascules successives :

Transfert pédiatrie dans le CMS (Centre Médical de Santé). Réorganisation temporaire des salles adultes dans l'accueil existant.

Mise en activité progressive du nouveau SAUV (adulte + pédia).

Transfert "période tampon" des urgences adultes dans le CMS.

L'OPC doit anticiper, planifier, sécuriser et faire valider chaque bascule.

Section 6.02 Contraintes d'accès chantier et cohabitation flux chantier / flux hospitaliers

(a) Séparation physique et fonctionnelle stricte

L'OPC veille à ce que :

- Les flux chantier soient totalement distincts des flux patients / visiteurs / personnel,
- Des palissades étanches, sas et zones tampon soient installés selon les plans b7,
- Chaque phase impose une cartographie précise des flux.

Les principes généraux d'organisation de chantier sont à respecter strictement :

- Site entièrement clos et compartimenté,
- Flux patients/personnel préservés,

- Accès livraisons uniquement par zones définies,
- Circulation chantier en flux tendu.

(b) Circulations techniques, SMUR et urgences

Les accès suivants doivent rester opérationnels en continu :

- rampe d'accès technique du R-1, protégée par platelage si travaux aériens.
- accès garage SMUR (provisoire puis définitif),
- circuits d'approvisionnement hospitaliers,
- circuits internes du personnel médical.

Section 6.03 Exigences sanitaires, hygiène et maîtrise des risques hospitaliers

(a) Prévention des risques infectieux (aspergillose, poussières, zones sensibles)

L'OPC organise et contrôle les mesures suivantes :

- cloisonnements étanches,
- sas de décompression ou zones confinées,
- gestion de la pression (dépression ou surpression selon besoins),
- brumisation / rampes d'aspersion en phase de curage/déconstruction.
- nettoyage renforcé,
- protocoles validés par l'hygiène hospitalière.

(b) Bruit, vibrations et gênes acoustiques

Obligation d'intégrer :

- Capteurs vibratoires et acoustiques en continu, reliés à une centrale d'alerte,
- Matériaux et équipements à faible émission sonore,
- Planification des phases bruyantes et information amont des utilisateurs.
- Ecrans acoustiques (ex. Pieux/micropieux).

(c) Maîtrise des risques de pollution

interdiction absolue d'obstruction des réseaux vitaux (fluide médicaux, EU/EV, ventilation).
contrôle des flux poussières en zones "à risque vital" (déchoquage, SAUV, UHCD).
protection des prises d'air neuf existantes de l'hôpital.

Section 6.04 Exigences de sécurité renforcées

(a) Protection des usagers

L'OPC doit prévoir :

- Cheminements protégés pour les usagers,
- Signalétique provisoire claire et lisible,
- Coordination permanente avec les équipes de sécurité incendie SSIAP.

(b) Sécurisation des zones en coactivité

- zones interdites au public strictement matérialisées,
- fermetures temporaires anticipées et validées en COPIL,
- gestion des accès PMR temporairement modifiés.

(c) Compatibilité avec les dispositifs de sécurité incendie

- maintien des compartimentations,
- respect du SSI existant et de ses zones,
- anticipation de toute neutralisation partielle (information + mesures compensatoires).

Section 6.05 Exigences logistiques spécifiques

(a) Approvisionnements en flux tendu

Compte tenu de l'exiguïté du site :

- aucune zone de stockage massif n'est autorisée,
- livraison planifiée par plage horaire,
- gestion via plateforme informatique prévue par le projet.

(b) Circulation des engins

- interdiction des engins lourds en dehors des zones prévues,
- guidage systématique par "homme trafic" pour les camions,
- rotation limitée en période de forte affluence hospitalière.

Section 6.06 Communication, coordination et gestion de crise

(a) Coordination quotidienne avec l'hôpital

L'OPC organise :

- Réunions quotidiennes (ou bi-hebdomadaires en pointe) avec les cadres des urgences,
- Information anticipée sur les nuisances ou impacts,
- Diffusion de plans et procédures à l'ensemble du personnel.

(b) Information des usagers et riverains

- Affichages chantier,
- Notes d'information,
- Site web / qr code,
- Réunions d'information pour les phases sensibles.

(c) Gestion des situations d'urgence

L'OPC établit des plans de bascule immédiate en cas de :

- Obstruction accidentelle d'accès couché / SMUR,
- Pollution ou alerte poussière,
- Incident acoustique majeur,
- Indisponibilité d'un secteur hospitalier,
- Sinistre ou arrêt technique (eau, fluide médicaux, ventilation).

Ces protocoles doivent être validés par :

- La Direction de l'Hôpital,
- Les Cadres des Urgences,
- La Sécurité Incendie,
- Le service d'Hygiène.

Section 6.07 Gestion des phasages et transferts successifs

L'OPC doit produire ou mettre à jour :

les plans de phasage hospitalier (B7), incluant :

- zones ouvertes / fermées,
- circulation provisoire du personnel,
- modifications des zones d'attente.

les plans de transfert patients / services, incluant :

- transfert pédiatrie → CMS,
- transfert adultes → zones provisoires,
- mise en activité progressive du SAUV.

Chaque opération de transfert est considérée comme une phase critique du projet.

Section 6.08 Exigences renforcées pour les interfaces techniques et réseaux

L'OPC supervise de manière spécifique :

- Les bascules de production ECS/EFS, ventilation, CVC.
- La continuité des fluides médicaux, avec traçabilité.
- La gestion des reprises structurelles sans interruption des zones vitales.
- La protection de la rampe technique du R-1 lors des fondations micropieux.

Section 6.09 Exigences documentaires spécifiques au site hospitalier

L'OPC doit produire et maintenir à jour :

- Plans de sécurité hospitaliers adaptés,
- Protocoles hygiène et propreté chantier/hôpital,
- Procédures d'intervention d'urgence,
- Fiches "mode dégradé" en cas d'incident,
- Registre des interactions chantier / hôpital,
- Calendrier hospitalier consolidé (congrès, pics d'affluence, périodes critiques).

ARTICLE VII. CIRCUIT EXE / SYNTHÈSE & COORDINATION DOCUMENTAIRE

Le présent article définit les modalités de coordination documentaire, de gestion des circuits EXE/VISA/Synthèse, de diffusion des documents techniques et administratifs, ainsi que les obligations du titulaire en matière d'archivage et de traçabilité.

Ces dispositions sont essentielles pour garantir la cohérence des études, la coordination des entreprises, la continuité hospitalière et la maîtrise opérationnelle du chantier en site occupé.

Section 7.01 Principes généraux

L'OPC assure la coordination temporelle et documentaire de l'ensemble des flux techniques :

- Documents d'exécution (EXE),
- Documents de synthèse (SYN),
- Visas,
- Avis du contrôleur technique et SPS,
- Documents hospitaliers (flux, hygiène, sécurité).

L'OPC ne se substitue pas à la Maîtrise d'Œuvre pour les missions de visa, d'approbation technique ou de contrôle de conformité des études, mais garantit :

- la cohérence des délais,

- la synchronisation des acteurs,
- le respect du calendrier EXE/SYN,
- la circulation fluide des documents.

Aucun document EXE ou SYN ne peut être considéré comme valide ou opposable tant qu'il n'a pas été visé par les intervenants compétents.

Section 7.02 Circuit des études d'exécution (EXE)

(a) Élaboration du calendrier EXE

L'OPC établit, en liaison avec les entreprises et la MOE, un calendrier détaillé des études d'exécution, précisant :

- les dates de production,
- les dates de diffusion,
- les délais de visa,
- les délais de corrections,
- les délais de diffusion finale,
- les impacts éventuels sur les séquences de travaux.

Le calendrier doit être approuvé par les entreprises puis présenté au visa de la MOE au plus tard 10 jours avant la fin de la période de préparation.

(b) Circuit EXE

Le circuit EXE inclut au minimum :

Transmission entreprise → OPC + MOE

Vérification OPC : cohérence planning / phasage, impacts sur flux hospitaliers

Transmission MOE → contrôleur technique / SPS si applicable

Retour corrections → entreprise

Version finale → OPC + MOE + autres parties

Archivage OPC et diffusion aux intervenants autorisés

L'OPC suit l'ensemble des échanges via un tableau de bord dédié.

Section 7.03 Circuit des études de synthèse (SYN)

(a) Calendrier de synthèse

Établi par l'OPC en coordination avec la cellule synthèse et la MOE, il doit être :

- Cohérent avec le calendrier EXE,
- Cohérent avec le PED (planning d'exécution détaillé),
- Approuvé par les entreprises et la MOE.

(b) Obligations OPC

- Anticiper les réunions de synthèse,
- Organiser la circulation des documents entre entreprises et moe,
- S'assurer que les interfaces techniques sont traitées à temps,
- Intégrer les contraintes hospitalières (flux, hygiène, phasage),
- Identifier les documents dont le retard impacte le chemin critique.

Le CCTP impose à l'OPC d'être ponctuellement présent aux réunions de synthèse pour traiter les calendriers et interfaces.

Section 7.04 Coordination documentaire OPC

L'OPC doit assurer un système de gestion documentaire complet comprenant :

- Une bibliothèque de référence (CCTP, DCE, visas, plans EXE, SYN, OS, protocoles hospitaliers),
- Un registre des plans “bons pour exécution” (indices, dates, diffusion),
- Un registre des visas et circuits EXE/SYN,
- Un registre des conventions inter-entreprises,
- Un registre des documents hospitaliers (flux, hygiène, SSI),
- Un archivage exhaustif et structuré.

Tous les documents doivent être tenus à la disposition permanente du Maître d'Ouvrage, de la MOE, du SPS, du contrôleur technique et des urgences lorsque nécessaire.

Section 7.05 Traçabilité des flux documentaires

L'OPC tient à jour un tableau de bord documentaire listant :

- Documents attendus,
- Dates prévues / dates réelles,
- Versions successives,
- Parties prenantes sollicitées,
- Observations ou rejets,
- Impacts planning,
- Actions correctives exigées.

Le tableau doit être transmis chaque semaine à la MOA/MOE.

Section 7.06 Procédure de diffusion des documents

Tous les documents sont transmis par voie dématérialisée (PDF + formats modifiables).

L'OPC diffuse le document au :

- Maître d'Ouvrage,
- Maîtrise d'Œuvre,
- contrôleur technique,
- SPS,
- entreprises concernées,
- représentants hospitaliers (selon nature du document).

La diffusion d'un document EXE ou SYN doit être tracée, avec accusés de réception électroniques. Tout document incomplet, obsolète ou non conforme est rejeté selon la procédure de l'article XVIII.

Section 7.07 Journal OPC & Dossier de chantier

L'OPC tient un journal de chantier, recensant :

- événements journaliers,
- incidents,
- coactivités,
- aléas,
- décisions prises,
- relevés techniques (ex : météo),

L'OPC conserve un exemplaire complet des plans visés et de tous les comptes-rendus.

Ces documents doivent être remis au Maître d'Ouvrage en fin de mission.

Section 7.08 Responsabilités de l'OPC dans le circuit documentaire

L'OPC doit :

- Veiller à la cohérence entre les versions,
- Eviter toute diffusion de documents non mis à jour,
- Alerter immédiatement la MOA/MOE en cas d'écart ou de conflit documentaire,
- Empêcher l'utilisation de plans exe obsolètes,
- Adapter les circuits documentaires en fonction des urgences hospitalières,
- Garantir la confidentialité (article xii).

Tout manquement expose l'OPC aux pénalités ci-après.

ARTICLE VIII. ORGANISATION & PRESENCE MINIMALE DE L'OPC

L'OPC doit structurer son organisation et assurer une présence rigoureuse, permanente et adaptée à la complexité d'un chantier hospitalier en site occupé. Compte tenu du phasage critique (plans B7), de la coactivité extrême et de la nécessité de maintenir l'activité des urgences H24, l'OPC doit mettre en œuvre une organisation renforcée, conforme aux exigences du CCTP et du CCAP.

Les obligations décrites ci-après complètent celles relatives à l'exécution des prestations prévues dans le CCAP, notamment :

- Obligation de désigner un interlocuteur unique OPC et une équipe dédiée
- Obligations de présence, réunions, coordination et reporting définies dans les missions OPC
- Respect des délais d'exécution et pénalités applicables en cas d'absence aux réunions ou retards de livrables

Section 8.01 Organisation générale de la mission OPC

(a) Interlocuteur unique et équipe dédiée

Pour tenir compte du maintien de l'activité hospitalière, des nombreuses interfaces techniques, de la coactivité complexe et du phasage en plusieurs sous-phases successives (pédiatrie, SAUV, adultes), le titulaire doit mobiliser une équipe dédiée, comprenant a minima :

Un OPC senior / chef de mission

Un OPC travaux, présent physiquement hebdomadairement

Un OPC planning / phasage, en charge des outils de planification

Un OPC logistique & flux, spécialiste des environnements hospitaliers et du travail en site occupé

Une montée en puissance ponctuelle de l'équipe est exigée lors des phases critiques (ex. transfert pédiatrie vers CMS, bascule SAUV, fermeture temporaire d'accès couché, mise en service du garage SMUR, curage en activité, essais techniques, etc.).

(b) Stabilité de l'équipe et remplacement

Toute modification dans l'équipe doit être exceptionnelle.

En cas d'indisponibilité d'un membre :

- Le titulaire doit proposer un remplaçant présentant des compétences et une expérience équivalentes,
- Le remplacement doit intervenir dans un délai court, permettant d'assurer la continuité de la mission,

- Le CV, les qualifications et les références du remplaçant doivent être transmis pour validation,
- Le remplaçant doit être opérationnel immédiatement.

Cette exigence de stabilité est indispensable à la bonne compréhension des enjeux hospitaliers, des flux patients et de la dynamique du chantier.

Section 8.02 Présence minimale requise selon les phases du projet

L'OPC doit être physiquement présent sur site et mobilisé selon une intensité différente en fonction des phases.

Les niveaux de présence décrits ci-dessous constituent un minimum impératif.

Le titulaire doit augmenter sa présence chaque fois que les conditions de chantier ou les exigences hospitalières l'exigent.

(a) Présence pendant les phases d'études (PRO / DCE)

Durant les études, l'OPC doit assurer :

- La participation à toutes les réunions mensuelles d'avancement,
- La présence systématique aux ateliers de définition du phasage,
- La participation aux réunions spécifiques « maintien de l'activité hospitalière »,
- La mise à jour régulière des outils de planning,
- Une disponibilité permettant de rendre ses avis dans les délais impartis.

Les délais de traitement des documents sont stricts :

- Avis sur documents PRO : 2 semaines,
- Avis sur documents DCE : 1 semaine,
- Avis sur additifs éventuels : 1 semaine,
- Avis sur offres entreprises : 10 jours ouvrables.

Ces délais doivent être tenus sans exception.

Une organisation interne adaptée est exigée pour garantir leur respect.

(b) Présence pendant la phase de préparation de chantier

La préparation constitue l'une des phases les plus sensibles de l'opération. L'OPC doit y être fortement mobilisé.

Présence minimale :

2 jours par semaine sur site,

- Participation à toutes les réunions de préparation,
- Animation de réunions spécifiques (planification, coordination, flux, pic, sécurité),
- Coordination des installations provisoires et cloisonnements étanches,
- Préparation des plans de transfert interne (pédiatrie, sauv, urgences adultes),
- Coordination des préfabrifications, approvisionnements et circuits logistiques.

L'OPC doit également assurer le diagnostic complet des flux existants :

- Accès couché,
- Accès debout,
- Accès SMUR,
- Circuits brancards,
- Circuits patients (longs, courts, pédiatrie),
- Flux personnel et logistique.

(c) Présence pendant la phase exécution (travaux)

Présence quotidienne obligatoire

Compte tenu de la nature hospitalière du site, l'OPC doit être présent chaque semaine, physiquement, sur site. Cette présence permet :

- Un suivi temps réel de l'avancement des entreprises,
- Une gestion proactive des coactivités,
- Un contrôle permanent du respect des flux hospitaliers,
- Un traitement immédiat des aléas et incidents,
- Une coordination permanente avec les urgences.

Réunions obligatoires (absence interdite) :

- Réunion de chantier hebdomadaire,
- Réunion opc hebdomadaire interne,
- Réunion hospitalière avec les cadres des urgences,
- Réunion logistique et d'approvisionnement,
- Réunions ciblées en cas de coactivités sensibles.

Toute absence injustifiée à une réunion obligatoire constitue un manquement contractuel.

(d) Présence pendant la réception et la levée des réserves

Présence minimale :

- Participation à toutes les visites d'opr,
- Pilotage des essais techniques,
- Coordination des mises en service par zone,
- Planification et suivi des levées de réserves.

Une présence renforcée est exigée lors des bascules opérationnelles (SAUV, urgences adultes, CMS, garage SMUR).

Section 8.03 Disponibilité et réactivité du titulaire

En raison du caractère vital de l'activité des urgences, le titulaire doit :

- Être joignable en permanence pendant les horaires de chantier,
- Intervenir sous 2 heures en cas d'incident majeur (accès couché, ruptures de flux, coupure technique),
- Fournir une réponse sous 48h à toute demande du maître d'ouvrage,
- Maintenir une permanence adaptée lors des périodes de tension hospitalière.

Section 8.04 Outils, supports et reporting OPC

L'OPC doit mettre en place une organisation documentaire complète comprenant :

- Planning général et plannings détaillés,
- Plannings de phasage par zones et sous-phases,
- Tableaux de coactivité,
- Registres d'avancement,
- Tableau de suivi des retards,
- Fiches logistiques (flux, approvisionnements, zones de stockage en flux tendu),
- Journal OPC mis à jour quotidiennement,
- Documents de synthèse à destination du personnel hospitalier.

Tous les documents doivent être tenus à jour, exploités et diffusés dans les délais attendus.

Section 8.05 Exigences de présence renforcée lors des phases critiques

L'OPC doit organiser sa présence renforcée lors des opérations suivantes :

- Transfert du service pédiatrique vers le CMS,
- Bascule progressive des salles d'examen adultes reconfigurées,
- Mise en activité du SAUV,
- Transfert temporaire des urgences adultes,
- Mise en service du garage SMUR,
- Séquences de curage en activité,
- Travaux en zones sensibles (déchoquage, UHCD, salles de soins),
- Essais techniques et qualifications.

Pour chacune de ces séquences, un dispositif de surveillance et de pilotage renforcé doit être mis en place.

ARTICLE IX. PLANNING & JALONS OPC

Le planning constitue l'outil central de la mission d'Ordonnancement, Pilotage et Coordination. Il permet de structurer l'ensemble des actions des entreprises, d'anticiper les coactivités, de sécuriser les flux hospitaliers, d'organiser les bascules des services et de piloter l'avancement réel des travaux par rapport aux objectifs contractuels.

L'OPC est responsable de l'élaboration, de la mise à jour, de la cohérence, du suivi et de la diffusion de l'ensemble des plannings nécessaires au projet.

Section 9.01 Principes généraux

Le planning doit :

- Intégrer l'ensemble des délais contractuels et les contraintes du site hospitalier occupé,
- Refléter précisément les phasages successifs, notamment pour les urgences adultes, pédiatriques et le sauv,
- Permettre une lecture claire et partagée par l'ensemble des intervenants,
- Identifier les chemins critiques, marges et zones sensibles,
- Permettre des mises à jour fréquentes pour refléter l'état réel du chantier,
- Intégrer les obligations de continuité de service, d'accès smur et d'accès couchés,
- Intégrer les jalons opérationnels liés aux bascules hospitalières.

L'OPC doit mettre en œuvre une structure de planning en plusieurs niveaux (macro, méso, micro) pour permettre une gestion efficace du projet.

Section 9.02 Structure du planning OPC

Le planning se compose des éléments suivants :

(a) Planning général de l'opération

Ce planning présente l'ensemble du déroulement des études, de la consultation des entreprises, de la préparation de chantier, des travaux, des essais et des opérations de réception.

Il comprend :

- le calendrier général sur l'ensemble du projet,
- les grandes phases (études, consultation, travaux),

- le séquençage macro (phases 1a, 1b, 1c, 1d, 2a, 2b, 3a, 3b),
- les périodes de mise en service,
- les objectifs contractuels de livraison.

(b) Planning détaillé d'exécution

Établi avec les entreprises, il comprend :

- Les tâches élémentaires par lot,
- Les enchaînements logiques,
- Les durées détaillées et les interfaces entre entreprises,
- La mise en évidence du chemin critique,
- Les périodes de coactivité,
- Les tâches nécessitant validations, approbations ou visas,
- Les séquences de curage, démolition, reconstruction en site occupé,
- Les opérations techniques sensibles (bascule réseaux, mise en service, essais).

(c) Planning des études d'exécution et de synthèse

Le planning des études comprend :

- Les dates de production et de remise des documents,
- Les dates de prises en compte, corrections, visas,
- Les circuits de validation,
- Les délais imposés à chaque entreprise pour garantir le rythme du chantier,
- La cohérence avec le calendrier des travaux.

(d) Planning de phasage hospitalier

Ce planning, spécifique aux urgences en fonctionnement, décrit :

- Les périodes de transfert des services,
- La mise en activité des zones provisoires,
- La bascule des flux couchés/debout,
- La bascule pédiatrie → CMS
- La mise en service du SAUV (pédia puis adulte),
- Les phases successives de réorganisation interne,
- Les périodes d'installation des cloisonnements étanches,
- Les séquences critiques nécessitant présence renforcée de l'OPC.

Section 9.03 Jalons obligatoires

Les jalons correspondent aux points de passage indispensables à la continuité du projet. Ils conditionnent le bon déroulement des travaux et la continuité de l'activité hospitalière. Les jalons sont répartis en quatre catégories :

(a) Jalons contractuels

Établissement des jalons suivants :

Validation du planning général et du planning OPC initial.

Validation des études PRO et DCE.

Notification des marchés.

Démarrage de la période de préparation.

Validation du Plan d'Installation de Chantier (PIC).

Mise à jour mensuelle du planning OPC.

Démarrage des travaux.

Livraison définitive des ouvrages et levée des réserves.

(b) Jalons techniques

Incluant notamment :

- Finalisation des études d'exécution,
- Validations techniques des solutions et matériaux,
- Disponibilité des installations provisoires (cloisons, protections, réseaux),
- Livraison des équipements techniques sensibles (cvc, cfo/cfa, fluides médicaux),
- Essais techniques et pré-réceptions par zone,
- Mise en service technique complète (équipements, systèmes de sécurité).

(c) Jalons opérationnels de phasage hospitalier

Ces jalons sont essentiels et doivent être respectés sans aucune dérive, car ils conditionnent l'exploitation des Urgences :

- Ouverture du garage SMUR provisoire.
- Bascules successives des accès couchés et debout.
- Transfert du service pédiatrique vers le CMS.
- Mise en place des salles d'examen adultes provisoires.
- Ouverture du nouveau SAUV (pédiatrie puis adultes).
- Fermeture des zones obsolètes et ouverture des zones reconstruites.
- Transfert temporaire des urgences adultes dans le CMS.
- Mise en service de l'extension Est.
- Mise en service de la partie Ouest rénovée.
- Mise en service finale de l'ensemble des urgences.

Chaque jalon opérationnel implique :

- Une réunion de préparation dédiée,
- Un plan de communication interne,
- La présence renforcée de l'opc,
- Des contrôles préalables de sécurité et conformité.

(d) Jalons de réception

Les jalons de réception comprennent :

- organisation des OPR par zone,
- levées de réserves intermédiaires,
- levée des réserves finales,
- validation du DOE,
- transfert d'exploitation vers les équipes hospitalières,
- période de fin de mission.

Section 9.04 Mises à jour du planning

L'OPC doit assurer :

- Une mise à jour mensuelle du planning général,
- Une mise à jour hebdomadaire du planning détaillé lors des phases critiques,
- Une mise à jour immédiate en cas d'événement susceptible d'impacter les flux hospitaliers ou les jalons critiques,
- La diffusion systématique des plannings aux entreprises, à la maîtrise d'œuvre et au maître d'ouvrage,
- La rédaction d'une note d'analyse en cas de retard, avec propositions correctives.

Section 9.05 Suivi des délais et analyses OPC

L'OPC doit fournir :

- Un rapport d'analyse des retards,
- Un suivi des tâches critiques,
- Une projection de fin de phase,
- Un plan d'actions correctives lorsque nécessaire,
- Une mise à jour du chemin critique,
- Un suivi détaillé des compensations de retard.

ARTICLE X. EXIGENCES DE MOYENS DE L'OPC

La mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination nécessite la mise en œuvre de moyens humains, techniques, méthodologiques et organisationnels adaptés à la complexité d'un chantier hospitalier en fonctionnement.

Compte tenu du caractère critique des flux patients et des contraintes de continuité de service des Urgences Adultes, Pédiatriques et du SAUV, il est attendu du titulaire un dispositif OPC robuste, réactif, disponible et doté de ressources suffisantes.

Les exigences définies dans le présent article sont minimums et doivent être renforcées par le titulaire chaque fois que les conditions du chantier ou les impératifs hospitaliers l'exigent.

Section 10.01 Exigences en ressources humaines

(a) Qualification et expertise des intervenants

Le titulaire doit mobiliser une équipe composée de professionnels :

- disposant d'une expérience confirmée en coordination de chantier en site occupé,
- maîtrisant les spécificités du milieu hospitalier (flux couchés, SMUR, zones sensibles, risques sanitaires),
- capables de gérer des phasages complexes impliquant des transferts successifs de services,
- maîtrisant les contraintes de sécurité propres aux établissements de santé,
- formés aux règles d'hygiène hospitalière (risque infectieux, poussières, aspergillose, zones confinées),
- aptes à dialoguer avec l'ensemble des parties prenantes (MOA, MOE, entreprises, services hospitaliers, cadre de santé, direction).

Les compétences clés attendues sont :

- planification (MS Project ou équivalent),
- coordination multi-lots & multi-zones,
- gestion du risque,
- communication et pédagogie,
- maîtrise des outils numériques,
- conduite de réunion,
- gestion de crise.

(b) Nombre et disponibilité du personnel

Le titulaire doit mobiliser une équipe suffisante en effectifs pour assurer :

un OPC senior assurant le pilotage stratégique, présent régulièrement,
un OPC travaux physiquement présent sur site,
un OPC planning chargé des outils, mises à jour et analyses,

un OPC logistique spécialisé dans la gestion des flux et installations provisoires, des renforts ponctuels lors des phases critiques du phasage.

L'équipe doit être stable et permanente, toute modification devant être anticipée et justifiée. Les absences doivent être compensées immédiatement par un personnel de compétence équivalente.

Section 10.02 Exigences en matière de disponibilité

(a) Réactivité opérationnelle

L'OPC doit être en mesure de :

- répondre aux demandes du maître d'ouvrage dans les 48h,
- intervenir physiquement en moins de 2 heures en cas d'incident majeur (coupure technique, obstruction flux patients, incident logistique),
- se rendre disponible en dehors des horaires habituels pour les phases nécessitant des bascules nocturnes ou des interventions en période creuse hospitalière.

(b) Présence lors des phases critiques

Les moyens doivent être renforcés lors des opérations suivantes :

- transfert pédiatrie vers le CMS,
- bascule des salles d'examen adultes provisoires,
- mise en service du SAUV,
- transfert temporaire des urgences adultes,
- ouverture du garage SMUR,
- séquences de curage en zone en activité,
- interventions proches des zones sensibles (déchoquage, UHCD, accès couché).

Section 10.03 Exigences en outils et moyens techniques

L'OPC doit disposer d'un ensemble complet d'outils permettant un pilotage professionnel de l'opération :

(a) Outils de planification

- Logiciel de planification (MS Project ou équivalent) installé sur poste OPC,
- capacité de produire plannings multi-niveaux (macro / méso / micro),
- mise en évidence du chemin critique, marges, coactivités, zones sensibles,
- exportation des plannings au format PDF et modifiable.

(b) Outils de modélisation et représentation

- schémas, logigrammes de phasage,
- plans d'installation de chantier annotés,
- cartographies dynamiques des flux (patients, ambulances, personnel, entreprises),
- tableaux de coactivité par zones.

(c) Outils de reporting

L'OPC doit produire des documents clairs, synthétiques et utilisables immédiatement :

- comptes rendus OPC,
- tableaux d'indicateurs,
- fiches retard,
- fiches risques,

- registre d'avancement,
- journaux de chantier,
- rapports bimensuels d'analyse des retards.

(d) Outils numériques de communication

- plateforme d'échange documentaire,
- messagerie d'équipe réactive,
- archivage sécurisé et structuré,
- outils de communication visuelle (plans annotés, graphiques),
- capacité à diffuser des notes et supports à destination du personnel hospitalier.

Section 10.04 Exigences en organisation documentaire

L'OPC doit mettre en place un système complet de gestion documentaire comprenant :

- Un dossier de référence complet (planning, phasage, comptes rendus, plans, visas),
- Un registre continuellement mis à jour des intervenants (entreprises, MOE, équipe hospitalière),
- Un classement rigoureux et accessible,
- Des versions datées et tracées des documents essentiels,
- Un historique de toutes les mises à jour,
- Une diffusion structurée selon les destinataires.

Tous les documents doivent être exploitables immédiatement, sans retraitement.

Section 10.05 Exigences en coordination opérationnelle

(a) Animation des réunions

L'OPC doit :

- Préparer, animer et documenter les réunions,
- Diffuser les ordres du jour en amont,
- Produire des comptes rendus responsive en moins de 48h,
- Assurer un suivi systématique des décisions,
- Veiller à l'exécution des actions correctives par les entreprises.

(b) Contrôle continu des coactivités

L'OPC doit :

- Surveiller en permanence les interactions entre entreprises,
- Anticiper les conflits de zones, d'accès, de matériels et de délais,
- Coordonner les équipes pour minimiser les perturbations,
- Ajuster les plannings en conséquence.

Section 10.06 Exigences en sécurité, hygiène et environnement hospitalier

Le titulaire doit mobiliser les moyens nécessaires pour garantir :

- le maintien des circulations sécurisées pour les patients, le personnel et les ambulances,
- la maîtrise des poussières (zones confinées, SAS, étanchéité),
- la maîtrise du bruit et des vibrations,
- la protection des zones sensibles (déchoquage, UHCD, salles de soin),
- la compatibilité des travaux avec les conditions d'hygiène hospitalière,

- la prévention du risque infectieux en lien avec l'équipe hygiène de l'hôpital,
- le respect strict des règles de sécurité imposées par l'établissement.

Section 10.07 Exigences de gestion des risques et aléas

L'OPC doit mettre en place :

- un registre de risques évolutif,
- une méthode d'évaluation gravité / probabilité,
- un plan d'actions préventives,
- des scénarios de repli en cas d'incident,
- une gestion immédiate des aléas impactant les flux patients ou l'exploitation hospitalière.

ARTICLE XI. JOURNAL OPC : TENUE OBLIGATOIRE & STRUCTURE

Le présent article définit les modalités de tenue, de structuration, de mise à jour et d'exploitation du Journal OPC, document contractuel obligatoire permettant d'assurer la traçabilité opérationnelle du chantier, en particulier dans le contexte d'un site hospitalier occupé et d'un service des Urgences en fonctionnement H24.

Section 11.01 Caractère obligatoire du Journal OPC

Le Journal OPC constitue un document contractuel obligatoire.

Il doit être :

- Tenu quotidiennement,
- Exhaustif,
- Structuré,
- Archivé,
- Et mis à disposition permanente du maître d'ouvrage, de la maîtrise d'œuvre, du sps, du contrôle technique et des représentants hospitaliers autorisés.

Le Journal OPC est opposable au titulaire et fait foi en cas de différend, d'incident ou de litige.

Section 11.02 Objectifs du Journal OPC

Le Journal OPC permet notamment :

- D'assurer une traçabilité continue des événements de chantier ;
- De documenter les interfaces chantier / hôpital ;
- D'identifier les coactivités et les risques ;
- De suivre l'avancement réel par rapport au planning ;
- De consigner les incidents, aléas et actions correctives ;
- De garantir la continuité d'exploitation des urgences ;
- D'alimenter les rapports opc et analyses de retard.

Section 11.03 Structure obligatoire du Journal OPC

Le Journal OPC doit comporter au minimum les rubriques suivantes :

(a) Informations générales

Date du jour

Nom de l'OPC présent

Conditions météorologiques (si impact chantier)

Zones ouvertes / zones interdites / zones sensibles

(b) Avancement des travaux

Travaux réalisés par zone / lot
Effectifs par entreprise et sous-traitants
Livraisons, approvisionnements, levage, opérations critiques
Travaux techniques sensibles (CVC, SSI, FM, CFO/CFA, curage, réseaux)

(c) Coactivités et interfaces

Zones partagées ou en coactivité
Risques identifiés ou prévisibles
Conflits d'accès, d'emprise ou de moyens matériels
Actions correctives mises en place

(d) Interactions chantier / hôpital

Circuits couchés / circuits debout
Maintien des accès SMUR / ambulances
Impacts ponctuels sur l'exploitation (bruit, poussière, vibrations)
Conformité aux protocoles hygiène / sécurité hospitalière
Incidents ou alertes (poussières, fumées, odeurs, bruit)

(e) Incidents, aléas et non-conformités

Description des événements
Causes identifiées ou suspectées
Mesures correctives immédiates
Notification à la MOA/MOE/hôpital
Suivi jusqu'à résolution

(f) Présence des intervenants

Entreprises présentes / absentes
Participants aux réunions / visites
Notations sur la disponibilité des équipes
Présence obligatoire non respectée

(g) Décisions, OS et instructions reçues

Ordres de Service et instructions contractuelles
Mesures imposées par l'hôpital
Actions de coordination urgentes
Points nécessitant arbitrage MOA/MOE

(h) Prévisions à court terme

Travaux prévus sur 48–72 heures
Points critiques attendus
Risques anticipés
Adaptations nécessaires du planning

Section 11.04 Modalités de tenue et de validation

Le Journal OPC doit être rédigé quotidiennement (hors week-ends si aucune activité).
Il doit être mis à jour avant chaque réunion OPC ou réunion de chantier.
Il doit être validé par le chef de mission OPC chaque semaine.
Toute information sensible doit être transmise immédiatement au Maître d'Ouvrage.

Section 11.05 Archivage et transmission

L'OPC conserve le Journal OPC sous format numérique et papier (sur demande).

Une copie intégrale est remise au Maître d'Ouvrage :

- mensuellement,
- et en totalité en fin de mission.

Le Journal OPC constitue une pièce du Dossier Final OPC.

ARTICLE XII. ARTICULATION OPC / SPS : LIMITES & RESPONSABILITÉS

Cet article définit les responsabilités respectives de l'OPC et du Coordonnateur Sécurité & Protection de la Santé (SPS), ainsi que les limites d'intervention du titulaire, afin d'éviter tout chevauchement ou confusion entre missions réglementaires.

Section 12.01 Principe général de séparation des missions

La mission OPC et la mission SPS sont strictement distinctes.

L'OPC n'a aucune responsabilité réglementaire en matière de sécurité ou de protection de la santé au sens du Code du Travail.

L'OPC agit uniquement sur :

- la planification,
- la coordination temporelle,
- l'organisation opérationnelle,
- la cohérence du planning avec les mesures SPS,
- la circulation des informations.

Le SPS conserve l'intégralité de ses missions réglementaires (PGCSPS, inspections, contrôle, PPSPS, etc.).

Section 12.02 Responsabilités propres à l'OPC

L'OPC est responsable de :

- La coordination temporelle des entreprises ;
- La cohérence du planning avec les obligations sps ;
- La prévention des conflits de coactivité ;
- La planification des interventions en zones sensibles ;
- L'anticipation des interventions critiques ;
- La diffusion des informations nécessaires à la sécurité ;
- La prise en compte des contraintes hospitalières (flux, hygiène, incendie).

L'OPC ne peut en aucun cas se substituer au SPS.

Section 12.03 Responsabilités propres au SPS

Le SPS est seul responsable de :

- L'élaboration, la mise à jour et la diffusion du PGCSPS ;
- La validation des PPSPS ;
- Les visites de sécurité et inspections communes ;
- L'analyse des risques au sens réglementaire ;
- La tenue du registre journalier SPS ;
- La gestion des situations dangereuses et mesures de prévention ;
- La conformité au Code du Travail ;

- les procédures d'arrêt de chantier pour motif de sécurité.

Le SPS peut imposer des mesures aux entreprises, sans que cela relève de l'OPC.

Section 12.04 Articulation opérationnelle OPC ↔ SPS

Les interactions entre OPC et SPS portent notamment sur :

(a) Coordination documentaire

plannings,
phasage,
plans d'installation de chantier,
zones d'intervention,
flux internes et hospitaliers.

(b) Réunions

participation de l'OPC aux réunions SPS lorsque le planning ou la coactivité sont impactés ;
échanges réguliers pour anticiper les risques liés aux séquences de travaux.

(c) Anticipation des phases critiques

interventions techniques majeures ;
travaux en zones sensibles ;
opérations de curage ;
travaux à proximité de patients ou flux vitaux.

(d) Gestion des coactivités

l'OPC coordonne → dans le temps ;
le SPS contrôle → dans le champ réglementaire sécurité/santé.

Section 12.05 Limites de responsabilité de l'OPC

L'OPC n'est pas responsable :

- De la conformité des mesures de sécurité mises en œuvre ;
- De l'application des PPSPS par les entreprises ;
- De la gestion des EPI, EPC ou dispositifs de sécurité ;
- Des arrêts de chantier pour danger grave et imminent ;
- Des sanctions imposées par le SPS ou l'inspection du travail.

Toute tentative d'imputer à l'OPC un manquement relevant du SPS est nulle et non avenue.

Section 12.06 Obligations d'alerte de l'OPC

L'OPC a une obligation d'alerte immédiate en cas :

- D'incohérence entre un planning et une exigence SPS ;
- De coactivité dangereuse observée ;
- De risque imminent sur patients, personnel ou entreprises ;
- De non-respect constaté d'un zonage, d'un SAS ou d'un accès sécurisé.

Cette obligation ne substitue pas l'OPC aux responsabilités du SPS.

ARTICLE XIII. COÛT & MODE DE RÉMUNÉRATION

Le présent article définit les modalités de rémunération du titulaire dans le cadre de sa mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination pour l'opération de restructuration et d'extension du service des Urgences.

La rémunération repose sur un principe de forfait global et de transparence des prestations.

Section 13.01 Nature du prix – Forfait global et définitif

La mission OPC est rémunérée au moyen d'un prix global et forfaitaire, couvrant l'intégralité :

- des études préalables,
- de la coordination des études d'exécution,
- de la préparation du chantier,
- du suivi des travaux,
- du pilotage de la coactivité,
- de la gestion des plannings,
- des phases critiques (transferts, bascules, mises en service),
- de la réception et de la levée des réserves.

Ce prix inclut toutes les sujétions liées au projet :

Déplacements, fournitures documentaires, impressions, matériel, outils logiciels, moyens logistiques, astreintes ponctuelles, interventions supplémentaires nécessaires au maintien de l'activité hospitalière, et plus largement toutes charges permettant la bonne exécution de la mission.

Aucune dépense supplémentaire ne peut être facturée en dehors du forfait, sauf demande expresse de l'acheteur pour une prestation nouvelle clairement identifiée.

Section 13.02 Indivisibilité du forfait

Le prix forfaitaire :

- Ne peut être révisé du fait de variations internes au chantier,
- Ne peut être modifié par la découverte d'aléas techniques,
- Ne peut faire l'objet d'ajustements en raison du rythme réel du chantier ou de sa complexité,
- Ne dépend pas des volumes de documents produits,
- N'est pas lié au coût des travaux ou à leurs évolutions.

Le forfait couvre l'ensemble des tâches nécessaires au bon accomplissement du rôle d'OPC, même si le chantier présente des sujétions imprévues, des interfaces supplémentaires ou des contraintes plus fortes que celles initialement envisagées.

Section 13.03 Prestations ponctuelles complémentaires – Vacations

Si des interventions exceptionnelles sont demandées par le maître d'ouvrage en dehors du périmètre prévu au forfait, celles-ci pourront être rémunérées sous forme de vacations.

Ces vacations sont :

- Facturables à la journée indivisible,
- Mobilisées uniquement sur demande écrite du maître d'ouvrage,
- Limitées à des tâches supplémentaires non comprises dans la mission de base.

Les vacances ne peuvent en aucun cas compenser un défaut d'anticipation, un manque de moyens ou une carence d'organisation du titulaire.

Section 13.04 Modalités de paiement

(a) Acomptes

Les paiements sont effectués sous forme d'acomptes successifs :

- pendant la période d'études : selon les phases réalisées,
- pendant la période de travaux : par acomptes mensuels réguliers,
- pendant la réception : à l'issue de la période de garantie de parfait achèvement pour le solde final.

Chaque acompte est calculé :

- au prorata des phases achevées,
- sur la base du montant forfaitaire préalablement fixé.

(b) Solde

Le solde définitif est versé :

- après validation de l'ensemble des prestations,
- après remise du dossier final (DOÉ, plannings as-built, bilans OPC, analyses de retards, synthèse de mission),
- après levée complète des réserves.

Section 13.05 Conditions de facturation

Les factures doivent obligatoirement :

- être transmises sous forme électronique,
- mentionner précisément les phases réalisées,
- indiquer le montant hors taxes, la TVA et le montant TTC,
- rappeler le numéro du marché,
- être conformes aux règles de la comptabilité publique.

Toute facture non conforme est retournée pour régularisation.

Section 13.06 Révision des prix

Le prix est révisable selon une formule fondée sur un indice représentatif des prestations d'ingénierie.

Les révisions :

s'appliquent aux acomptes au fur et à mesure de leur émission,
peuvent être provisoires puis ajustées définitivement lors de la publication des indices,
sont arrondies selon les règles en vigueur.

Les révisions ne constituent pas une modification de prix, mais un mécanisme d'actualisation prévu dès l'origine.

Section 13.07 Avances éventuelles

Si le montant total du marché et la durée de celui-ci le justifient, une avance peut être versée au titulaire.

Cette avance :

- est proportionnelle au montant annuel du marché,
- est remboursée progressivement au fil des acomptes,
- n'est ni révisable ni actualisable.

Section 13.08 Non-cumul des rémunérations

La rémunération de l'OPC est strictement limitée :

- au forfait convenu,
- aux éventuelles vacations autorisées par le maître d'ouvrage,
- aux révisions réglementaires.

Le titulaire ne peut recevoir aucune rémunération complémentaire d'une autre partie prenante (entreprises, sous-traitants, bureau de contrôle, prestataires divers, etc.).

Toute rémunération extérieure est strictement interdite, car incompatible avec l'indépendance nécessaire à la mission.

Section 13.09 Absence de rémunération en cas de résiliation anticipée

En cas de résiliation :

- pour motif d'intérêt général,
- pour abandon d'opération,
- pour modification majeure du programme,
- ou pour faute du titulaire,

Le titulaire ne peut prétendre à aucune indemnité autre que le paiement des prestations effectivement réalisées.

ARTICLE XIV. PÉNALITÉS ET NON-CONFORMITÉS OPC

Le titulaire de la mission d'Ordonnancement, Pilotage et Coordination est soumis à des obligations de moyens renforcés et à des obligations de résultats sur plusieurs volets : respect des délais, présence effective, qualité et fiabilité des livrables, anticipation des coactivités, maintien de la continuité d'exploitation hospitalière, et maîtrise des risques.

Toute défaillance du titulaire est susceptible d'entraîner des pénalités financières ou des mesures correctives immédiates détaillées ci-après.

Section 14.01 Principes généraux

Le titulaire doit exécuter sa mission conformément :

- aux délais et jalons fixés,
- aux modalités de présence définies à l'article VII,
- aux obligations de qualité énoncées dans les articles V, VIII et IX,
- aux règles de sécurité, d'hygiène et de confidentialité en milieu hospitalier,
- aux impératifs de coordination avec les entreprises et la maîtrise d'œuvre,
- aux exigences de continuité de service des Urgences.

Toute défaillance, manquement ou non-conformité entraîne l'application des mécanismes décrits ci-après, indépendamment des éventuels préjudices subis par le maître d'ouvrage.

Section 14.02 Typologie des non-conformités sanctionnables

Les non-conformités susceptibles de déclencher des pénalités relèvent des catégories suivantes :

(a) Retard dans la remise des livrables

Sont notamment concernés :

- avis tardifs sur les documents d'études (PRO, DCE, EXE, plans),
- retards dans la production des plannings,
- analyse des offres remise hors délais,
- rapport d'analyse des retards non transmis dans les temps,
- compte-rendu OPC non diffusé dans les délais attendus (48 heures),
- mises à jour de planning non fournies dans le rythme requis.

Tout retard impactant la coordination des entreprises ou la maîtrise des délais entraîne pénalité.

(b) Absence ou insuffisance de présence sur site

Sont suspendus à pénalité :

- Absence à une réunion obligatoire (chantier, coordination, phasage, sécurité),
- Absence physique de l'opc travaux en journée chantier,
- Indisponibilité du chef de mission durant les phases critiques,
- Absence de renfort opc lors des transferts hospitaliers ou bascules.

Les absences non justifiées sont considérées comme des manquements graves.

(c) Défaut de coordination ou erreur dans les plannings

Sont considérées comme non-conformes :

- erreurs d'enchaînement, d'interface ou de durée,
- oublis d'intégration de certaines tâches critiques,
- manque d'anticipation des coactivités,
- incohérences entre plannings détaillés et planning général,
- non-prise en compte des contraintes hospitalières (accès couché, SMUR, zones sensibles),
- phasage inexact ou incomplet.

Un planning imprécis ou erroné pouvant induire des perturbations majeures est sanctionné.

(d) Défaillance dans le suivi des coactivités

L'OPC est responsable de prévenir :

- Les conflits de zones,
- Les conflits d'accès et de livraison,
- Les interventions simultanées incompatibles,
- Les obstructions temporaires de flux hospitaliers,
- Les risques pour les patients, le personnel ou les entreprises.

Tout défaut d'anticipation ou de réaction est considéré comme une non-conformité majeure.

(e) Manquements aux règles hospitalières, d'hygiène ou de sécurité

Sont sanctionnés notamment :

- Absence de coordination avec l'hôpital pour les phases sensibles,
- Non-respect des protocoles de contrôle poussières, bruit, vibrations,
- Défaut d'anticipation d'une opération pouvant perturber l'activité hospitalière,
- Absence de mesures correctives immédiates en cas de dérive,
- Absence de préparation ou d'information avant une bascule de flux.

Toute mise en danger des usagers ou du personnel est un manquement critique.

Section 14.03 Barème des pénalités

Les pénalités sont calculées de manière forfaitaire ou proportionnelle en fonction de la gravité du manquement. Elles s'appliquent notamment dans les cas suivants :

(a) Retard de livrable

Pénalité par jour calendaire de retard sur :

- avis sur documents (PRO, DCE, EXE),
- analyses d'offres,
- comptes-rendus,
- rapports d'avancement,
- mises à jour des plannings.

Les pénalités se cumulent par livrable non remis, comme suit :

Livrable concerné	Montant proposé
Avis sur documents PRO / DCE / EXE	50 € / jour / livrable
Analyse des offres	50 € / jour / livrable
Comptes-rendus de réunion	40 € / jour / livrable
Rapports d'avancement	50 € / jour / livrable
Mises à jour des plannings	75 € / jour / livrable

(b) Absence à une réunion obligatoire

Toute absence injustifiée à une réunion :

- de chantier,
- de coordination,
- de phasage hospitalier,
- de sécurité,
- de crise ou de préparation de bascule,

entraîne une pénalité forfaitaire immédiate, comme suit :

Type de réunion	Montant proposé
Réunion de chantier hebdomadaire	150 € / absence
Réunion de coordination	120 € / absence
Réunion de phasage hospitalier	200 € / absence
Réunion de sécurité	200 € / absence
Réunion de crise / bascule de flux / transfert	300 € / absence

(c) Indisponibilité sur site

Absence de l'OPC travaux ou du chef de mission lors d'une phase critique : pénalité renforcée, comme suit :

Situation	Montant proposé
Absence de l'OPC travaux lors d'une phase critique	300 € / demi-journée
Absence du chef de mission lors d'une opération sensible (bascule, transfert, mise en service)	400 € / demi-journée

Absence totale de dispositif OPC lors d'une bascule hospitalière	1 000 € / événement
--	----------------------------

(d) Mauvaise exécution de la mission

Pénalités renforcées en cas de :

- erreurs récurrentes dans les plannings,
- non-respect de l'obligation d'anticipation,
- défaut d'analyse des retards,
- absence de réaction aux dérives,
- coordination insuffisante entraînant un arrêt ou un ralentissement du chantier.

Comme suit :

Type de mauvaise exécution	Montant proposé
Erreurs récurrentes dans les plannings	150 € / erreur avérée
Défaut d'anticipation ou d'analyse	200 € / manquement
Absence de réaction à dérive majeure	300 € / événement
Coordination insuffisante entraînant un retard ou un arrêt de chantier	500 € / événement
Coordination défaillante provoquant surcharge de coactivités	250 € / événement

(e) Impact sur l'activité hospitalière

Toute conséquence opérationnelle négative pour l'hôpital due à un défaut OPC est systématiquement pénalisée :

- obstruction d'un accès couché,
- perturbation d'un transfert,
- désorganisation d'une zone fonctionnelle,
- coactivité dangereuse,
- interruption de cheminement patient.

Ces pénalités peuvent être supérieures à celles appliquées aux entreprises, comme suit

Impact sur l'hôpital	Montant proposé
Obstruction d'un accès couché (adulte/pédiatrique)	1 500 € / événement
Perturbation d'un transfert patient	1 000 € / événement
Désorganisation d'une zone fonctionnelle (déchoquage, SAUV, UHCD...)	1 500 € / événement
Coactivité dangereuse générée par défaut de coordination OPC	2 000 € / événement
Interruption d'un cheminement patient (circulation vitale)	2 500 € / événement

Section 14.04 Procédure de traitement des non-conformités

En cas de manquement :

Une notification de non-conformité est transmise au titulaire.
L'OPC doit fournir une réponse et un plan correctif sous 48 heures.
Le plan est approuvé ou amendé par le maître d'ouvrage.

En cas de non-résolution :

- pénalités appliquées,

- possibilité de demander le remplacement de membres de l'équipe OPC,
- mise sous surveillance renforcée.

En cas de manquements répétés ou graves :

- suspension partielle de la mission,
- exécution aux frais du titulaire,
- voire résiliation pour faute.

Section 14.05 Plafond des pénalités et cumul

Les pénalités peuvent être cumulées dans la limite fixée au marché.

Ces limites ne s'appliquent pas en cas de :

- Défaut impactant la sécurité hospitalière,
- Mise en danger d'un patient,
- Interruption d'un flux vital (smur, couché, sauv),
- Obstruction ou désorganisation du service des urgences.

Dans ces cas, les sanctions peuvent inclure des mesures contractuelles lourdes.

ARTICLE XV. MODALITÉS DE NOTIFICATION, ORDRES DE SERVICE (OS) ET ÉCHANGES OFFICIELS

Le présent article définit les règles applicables à l'ensemble des notifications contractuelles, ordres de service, communications officielles et échanges documentaires intervenant entre la Maîtrise d'Ouvrage, la Maîtrise d'Œuvre, le titulaire de la mission d'OPC et les différents intervenants du marché.

Ces dispositions ont pour objectif d'assurer la traçabilité, la sécurité juridique, la fluidité opérationnelle et la bonne coordination administrative de l'opération.

Section 15.01 Principes généraux de notification

Toutes les décisions contractuelles, instructions officielles, demandes formelles, observations, mises en demeure et remarques relatives à l'exécution du marché doivent faire l'objet d'une notification écrite.

La notification peut être réalisée :

- via la plateforme dématérialisée du profil d'acheteur utilisée pour la consultation,
- par courrier électronique adressé à l'adresse officielle du titulaire,
- par courrier recommandé avec accusé de réception,
- ou, à défaut, par tout moyen offrant une date certaine.

La date de notification est réputée être :

- la date de mise à disposition sur la plateforme,
- ou la date de réception sur l'adresse électronique déclarée,
- ou la date figurant sur l'avis de réception pour les courriers recommandés.

Les notifications adressées par voie électronique ou via profil d'acheteur ont valeur contractuelle et produisent les mêmes effets qu'un courrier recommandé.

Section 15.02 Engagement de l'OPC quant à la réception et au suivi des notifications

Le titulaire doit maintenir à jour l'adresse électronique officielle utilisée pour la notification. Toute modification d'adresse, de représentant légal ou de responsable opérationnel doit être notifiée immédiatement à la Maîtrise d'Ouvrage.

Le titulaire est réputé avoir reçu tout document notifié dès sa mise à disposition ou réception électronique.

L'OPC doit accuser réception de toute notification dans un délai maximal de 48 heures ouvrées.

Section 15.03 Ordres de Service (OS)

Les instructions opérationnelles du Maître d'Ouvrage ou de la Maîtrise d'Œuvre sont formalisées par Ordre de Service (OS).

Les OS peuvent porter notamment sur :

demandes d'analyses ou de livrables OPC,
ajustements de planning,
demandes de présence renforcée,
demandes d'organisation spécifique liées au phasage hospitalier,
demandes de correction d'un document non conforme,
demandes relatives aux obligations de sécurité, hygiène ou flux hospitaliers.

Les OS sont notifiés :

via la plateforme du marché,
ou par courrier électronique sécurisé.

L'OPC doit prendre immédiatement acte de l'OS et mettre en œuvre les mesures demandées.

En cas d'impossibilité ou de remarque sur l'OS, le titulaire dispose de 48 heures pour formuler une observation motivée par écrit.

À défaut, l'OS est considéré comme pleinement accepté et exécutoire sans réserve.

Section 15.04 Documents éligibles à notification officielle

Sont notamment soumis au régime de notification :

- Avis OPC sur documents PRO / DCE / EXE,
- Analyses d'offres,
- Plannings initiaux et plannings mis à jour,
- Comptes-rendus de réunion (chantier, coordination, phasage),
- Rapports d'analyse des retards,
- Rapports de risques,
- Demandes d'explications formulées par la MOA / MOE,
- Demandes d'actions correctives,
- Réponses OPC à une non-conformité,
- Propositions de phasage,
- Protocoles de basculement,
- OS, et avis concernant les OS,
- Intégralité des documents liés au maintien de la continuité de service hospitalière.

Section 15.05 Hiérarchie des échanges et valeur contractuelle

Seuls les échanges écrits (courrier recommandé, courrier électronique, plateforme) engagent contractuellement les parties.

Les échanges oraux (réunions, conversations téléphoniques, visites informelles) n'ont aucune valeur contractuelle tant qu'ils n'ont pas été confirmés par écrit dans un compte-rendu ou une notification.

L'OPC doit systématiquement confirmer par écrit toute instruction orale reçue lors d'une réunion ou d'un échange de chantier.

Section 15.06 Traçabilité et archivage

L'OPC doit assurer un archivage exhaustif de toutes les notifications, OS et échanges officiels, dans un dossier numérique structuré, comprenant :

- Un registre des notifications,
- Un registre des os,
- Un registre des réponses opc,
- Un registre des non-conformités.

Ces documents doivent être tenus à disposition du Maître d'Ouvrage et de la Maîtrise d'Œuvre à tout moment.

Tous les documents doivent être conservés au minimum jusqu'à la fin de la garantie de parfait achèvement, et au-delà sur demande de la MOA.

Section 15.07 Délais de réponse et conséquences du silence

Sauf disposition particulière, l'OPC doit répondre aux demandes écrites du Maître d'Ouvrage ou de la Maîtrise d'Œuvre dans un délai de 48 heures ouvrées.

En l'absence de réponse écrite dans ce délai :

- l'instruction ou la remarque est considérée comme acceptée,
- la non-réponse peut constituer un manquement contractuel,
- elle peut entraîner l'application des pénalités prévues à l'article XI.

ARTICLE XVI. SOUS-TRAITANCE & CONDITIONS D'ACCEPTATION

Le présent article définit les règles applicables en matière de sous-traitance dans le cadre de la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC).

Il précise les conditions d'acceptation, les obligations déclaratives, les limites d'intervention des sous-traitants et les modalités d'agrément, afin de garantir la qualité de la mission et la continuité de service hospitalière.

Section 16.01 Principe général

Le titulaire peut sous-traiter une partie limitée de ses prestations, sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et écrit du Maître d'Ouvrage.

La sous-traitance n'exonère pas le titulaire de sa responsabilité pleine et entière sur l'exécution du marché.

Les prestations essentielles de la mission OPC, notamment celles liées :

- Au pilotage opérationnel,
- A la coordination quotidienne,
- A la planification,
- Au phasage hospitalier,
- A la gestion des coactivités,
- A la communication hospitalière,
- Doivent obligatoirement être réalisées par le titulaire.

Aucun sous-traitant ne peut être mobilisé sur les tâches critiques de coordination en site hospitalier occupé sans validation préalable expresse du Maître d'Ouvrage.

Section 16.02 Demande d'acceptation d'un sous-traitant

Toute demande d'acceptation doit comporter :

Le nom, les coordonnées et la qualité du sous-traitant.

La nature exacte des prestations sous-traitées.

Le montant HT des prestations confiées.

Les capacités techniques et professionnelles du sous-traitant (CV, références, certificats de capacité).

Les moyens humains affectés, avec justification de leur expertise en milieu hospitalier.

Le sous-détail des prix ou mode de rémunération, si le sous-traitant doit être payé directement.

Le RIB du sous-traitant en cas de paiement direct.

Une déclaration de respect des obligations sociales, fiscales et réglementaires.

Tant que l'acceptation n'a pas été notifiée par la Maîtrise d'Ouvrage, aucun sous-traitant ne peut intervenir, ni être rémunéré.

Section 16.03 Paiement direct du sous-traitant

Lorsque les conditions réglementaires sont réunies :

- un sous-traitant peut bénéficier du paiement direct,
- mais uniquement pour les prestations officiellement déclarées et acceptées.

Toute sous-traitance non déclarée entraîne :

- l'absence de paiement direct,
- un refus de prise en charge financière,
- et peut constituer un manquement contractuel du titulaire.

Section 16.04 Limites à la sous-traitance

Sont strictement interdites, sauf autorisation exceptionnelle :

La sous-traitance des fonctions de pilotage global,

La sous-traitance du rôle d'interlocuteur unique,

La sous-traitance de la production des plannings principaux,

La sous-traitance de la coordination hospitalière directe (urgences, SMUR, hygiène, sécurité),

La sous-traitance de la gestion des risques et coactivités.

Le titulaire demeure seul garant de l'intégrité de la mission OPC.

Section 16.05 Obligations du titulaire vis-à-vis du sous-traitant

Le titulaire :

- assure la direction opérationnelle du sous-traitant,

- garantit la cohérence des rendus,
- assure la coordination avec la MOA, la MOE et l'hôpital,
- est responsable du respect des délais,
- vérifie la compétence et la formation hospitalière du personnel du sous-traitant,
- garantit la confidentialité et la sécurité des informations hospitalières.

Toute faille ou manquement du sous-traitant engage directement la responsabilité du titulaire.

Section 16.06 Remplacement d'un sous-traitant

En cas :

- de non-performance,
- de non-respect des obligations,
- de carence,
- de défaut de compétence,
- ou de manquement grave,

le Maître d'Ouvrage peut exiger le remplacement immédiat du sous-traitant.

Le titulaire doit alors :

- proposer un remplaçant de compétence au moins équivalente,
- fournir les justificatifs nécessaires,
- et assurer la continuité de la mission sans interruption.

Aucun remplacement n'est effectif sans validation de la MOA.

Section 16.07 Interdiction d'une sous-traitance non déclarée

Toute sous-traitance dissimulée constitue une faute grave pouvant entraîner :

- pénalités financières,
- suspension partielle ou totale des prestations,
- exécution aux frais du titulaire,
- voire résiliation du marché.

Section 16.08 Responsabilité finale du titulaire

Même en cas de recours à la sous-traitance :

le titulaire reste entièrement responsable de la qualité, de la conformité, des délais et de la sécurité des prestations ;

il conserve la garde exclusive de la mission OPC ;

il demeure le seul interlocuteur contractuel du Maître d'Ouvrage et de la Maîtrise d'Œuvre.

L'intégralité des obligations légales, contractuelles, techniques, sécuritaires et hospitalières reste donc à sa charge.

ARTICLE XVII. PROCÉDURE DE VÉRIFICATION & ADMISSION DES PRESTATIONS

Le présent article définit la procédure applicable à la vérification, au contrôle, à l'acceptation ou au rejet des prestations réalisées par le titulaire de la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC).

Il garantit la conformité des livrables, la qualité opérationnelle de la mission, et la traçabilité des décisions du Maître d'Ouvrage.

Section 17.01 Objet de la procédure de vérification

La procédure de vérification vise à :

- Constater la conformité des prestations fournies par l'opc ;
- Identifier, le cas échéant, les défauts, insuffisances ou non-conformités ;
- Demander des reprises, corrections ou compléments ;
- Prononcer ou refuser l'admission des prestations ;
- Conditionner les paiements correspondants.

Toutes les vérifications effectuées dans le cadre de cet article n'exonèrent pas le titulaire de ses obligations ni de sa pleine responsabilité.

Section 17.02 Prestations soumises à vérification

Sont soumis à vérification systématique :

- Les livrables listés à l'Article V ;
- Les plannings (initial, détaillés, révisés, phasage, essais, transferts) ;
- Les comptes-rendus OPC ;
- Les rapports d'analyse des retards ;
- Les documents de coordination hospitalière (phasage, continuité de service, protocoles de bascule, fiches risques) ;
- Les schémas et plans d'installation de chantier ;
- Les documents de gestion des coactivités ;
- Le journal OPC et les registres associés ;
- Les documents liés aux OPR et à la réception ;
- L'ensemble des documents fournis en phase EXE/Synthèse.

Aucun document non vérifié et non admis ne peut produire d'effet dans le cadre de l'exécution du marché.

Section 17.03 Modalités de transmission des prestations

Le titulaire transmet ses prestations :

par voie dématérialisée,
aux formats attendus (PDF + version modifiable),
via la plateforme ou les outils de transmission définis par la Maîtrise d'Ouvrage.

Toute transmission incomplète, non conforme ou hors du circuit prévu est réputée non valide.

Section 17.04 Délais de vérification par la Maîtrise d'Ouvrage / Maîtrise d'Œuvre

Les prestations sont vérifiées :

- dans un délai maximum de 10 jours ouvrés,
- sauf en cas d'urgence ou de livrables critiques nécessitant une validation accélérée.

La MOA/MOE peut :

- accepter sans réserve ;
- accepter avec observations mineures à corriger lors de la mise à jour suivante ;

- rejeter la prestation en motivant le refus.

Section 17.05 Rejet d'une prestation et demandes de reprise

En cas de non-conformité, le Maître d'Ouvrage ou la Maîtrise d'Œuvre :

notifie un rejet motivé ;
précise les corrections attendues ;
fixe un délai maximal de reprise.

(a) Délai de reprise imposé au titulaire

Le titulaire dispose d'un délai maximum de :

10 jours ouvrés pour fournir une version corrigée ou complétée.

Toute reprise hors délai constitue un retard de livrable donnant lieu à pénalités (cf. Article XI).

(b) Obligation de correction

Le titulaire est tenu d'intégrer toutes les observations, y compris :

- Celles liées à la cohérence planning / phasage ;
- Celles liées à la sécurité et aux flux hospitaliers ;
- Celles liées à la coordination inter-entreprises ;
- Celles liées aux exigences réglementaires ou hospitalières.

Section 17.06 Effets du rejet ou de l'absence de réponse

Le rejet entraîne :

- L'obligation immédiate de reprise,
- Le report de l'admission,
- La suspension éventuelle du paiement des prestations correspondantes,
- L'application de pénalités en cas de dépassement de délai.

En cas d'absence de réponse de l'OPC dans les délais imposés :

- La prestation est réputée non exécutée,
- Elle peut être considérée comme non conforme,
- Elle peut déclencher les mécanismes de non-conformité prévus à l'article XI.

Section 17.07 18.07 – Admission des prestations

L'admission d'une prestation est prononcée lorsque :

- Les livrables sont complets,
- Conformés aux exigences du ccp et des documents contractuels,
- Cohérents avec le déroulement du chantier,
- Techniquement exploitables par la moa / moe / hôpital,
- Compatibles avec la continuité de service hospitalière.

L'admission peut être :

Admission sans réserve

La prestation est intégralement acceptée.

Admission avec réserves

Des ajustements mineurs sont nécessaires, sans bloquer l'acceptation.

Les réserves doivent être levées dans un délai fixé par la MOA.

Refus d'admission

En cas d'incohérence majeure, de non-qualité ou de risque sur le fonctionnement hospitalier.

Section 17.08 Absence d'admission et conséquences contractuelles

En cas de prestations non admises :

- Le titulaire doit reprendre jusqu'à obtention d'une version conforme ;
- Aucune rémunération correspondant à ces prestations n'est due tant que l'admission n'est pas prononcée ;
- Des pénalités peuvent s'appliquer ;
- Des mesures correctives ou conservatoires peuvent être imposées ;
- En cas de défaillances répétées, une mise en demeure peut être engagée ;
- En ultime recours, les prestations peuvent être exécutées aux frais du titulaire.

Section 17.09 Vérification finale en fin de mission

À la fin du marché, l'OPC doit fournir :

- Les plannings "as built",
- Les synthèses finales,
- Le récapitulatif des actions menées,
- Le dossier documentaire complet,
- L'ensemble des documents liés à la réception.

L'admission finale de la mission est conditionnée à la conformité totale de ces éléments.

ARTICLE XVIII.ASSURANCES, AGREMENT ET OBLIGATIONS REGLEMENTAIRES DE L'OPC

Le titulaire de la mission OPC intervient dans un environnement à hauts risques et en milieu hospitalier occupé. À ce titre, il est soumis à des obligations renforcées en matière d'assurances, d'agrément, de conformité réglementaire, de sécurité, de protection des données et de respect des procédures internes de l'établissement.

Ces obligations constituent un socle impératif, indissociable de la réalisation de la mission OPC.

Section 18.01 Obligations d'assurance

Le titulaire doit souscrire, maintenir et fournir, pendant toute la durée du marché, toutes les assurances nécessaires à l'exercice de sa mission, notamment :

(a) Assurance responsabilité civile professionnelle

Le titulaire doit disposer d'une assurance en responsabilité civile couvrant :

- les dommages corporels causés aux patients, au personnel hospitalier, aux intervenants ou aux tiers ;
- les dommages matériels et immatériels causés aux bâtiments, installations techniques, matériels hospitaliers ou structures temporaires ;
- les dommages résultant d'une erreur, omission, faute professionnelle ou défaillance dans la mission de coordination.

La couverture doit être :

- illimitée pour les dommages corporels,
- suffisante pour couvrir les risques élevés propres au milieu hospitalier,
- valable pour l'intégralité de la mission, y compris phases de nuit, week-end et interventions en urgence.

Aucune intervention sur site ne peut débuter sans production préalable d'un justificatif.

Section 18.02 Agrément des intervenants OPC

(a) Compétence et qualification des personnels

Les intervenants OPC doivent justifier :

- De compétences avérées en coordination de chantier en site occupé,
- De connaissances des règles hospitalières (hygiène, flux, zones sensibles, gestion du risque infectieux),
- D'une formation à la sécurité des établissements de santé,
- De compétences confirmées en planification, gestion des risques et conduite de réunions.

Aucun intervenant ne peut être affecté au projet sans validation préalable par le maître d'ouvrage.

(b) Obligation de stabilité des intervenants

Afin de garantir la continuité opérationnelle :

- le titulaire doit assurer une stabilité du personnel affecté,
- toute demande de remplacement doit être justifiée et accompagnée du profil du remplaçant,
- le remplaçant doit présenter une compétence au moins équivalente,
- aucun remplacement ne peut être effectué sans validation préalable du maître d'ouvrage.

Section 18.03 Obligations réglementaires relatives au milieu hospitalier

(a) Respect des règles de sécurité et de prévention

Le titulaire doit se conformer :

- Aux règles internes de sécurité de l'hôpital,
- Aux règles de sécurité des interventions en milieux à risques,
- Aux protocoles de prévention des infections nosocomiales (notamment risques liés aux poussières, aspergillose),
- Aux procédures d'accès en zones protégées (déchoquage, uhcd, pédiatrie, circuits couchés, blocs voisins).

Les intervenants OPC doivent :

- Participer aux réunions de prévention,
- Respecter les consignes du plan de prévention,
- Signaler immédiatement tout incident ou situation dangereuse,
- Mettre en œuvre les mesures d'urgence nécessaires.

(b) Obligations liées aux flux hospitaliers

Le titulaire est responsable du respect strict des flux :

- patients couchés,
- patients debout,

- SMUR & ambulances,
- personnel soignant,
- personnels techniques.

Toute instruction OPC doit être compatible avec la continuité de service hospitalière.

Section 18.04 Confidentialité et protection des données

(a) Secret professionnel

Le titulaire et l'ensemble de ses intervenants sont tenus :

au secret professionnel,
à la confidentialité totale des informations reçues,
à l'interdiction formelle de divulguer tout document, plan, protocole, donnée ou information relative à l'hôpital, ses patients, son personnel ou ses services.

Cette obligation s'applique pendant toute la durée du marché et après son achèvement.

(b) Protection des données

Le titulaire doit respecter les dispositions relatives à :

la protection des données personnelles,
la sécurité des informations techniques ou médicales,
la conservation sécurisée des documents électroniques.

Toute violation de ces obligations peut entraîner l'interruption immédiate de la mission.

Section 18.05 Conformité administrative et légale

Le titulaire doit se conformer :

- Aux obligations sociales relatives à son personnel (travail légal, sécurité sociale, protection de la main-d'œuvre),
- Aux obligations fiscales et administratives,
- Aux règles de sous-traitance autorisées et déclarées,
- Aux règles de lutte contre le travail dissimulé,
- Aux obligations de déclaration en cas de changement de situation administrative (raison sociale, siège, représentant légal, coordonnées bancaires).

Toute modification doit être communiquée sans délai au maître d'ouvrage.

Section 18.06 Obligations spécifiques au chantier hospitalier

Le titulaire doit :

- Respecter scrupuleusement les zones autorisées et les restrictions d'accès,
- Adapter son organisation aux contraintes hospitalières (horaires, zones sensibles, périodes critiques),
- Suivre les consignes de la sécurité hospitalière (alarmes, issues de secours, zones clos étanches),
- Porter un badge visible et respecter les procédures d'identification,
- Garantir la non-interférence des actions opc avec les soins.

Section 18.07 Obligation d'alerte et de maîtrise des risques

Le titulaire a l'obligation :

- De signaler immédiatement tout événement susceptible de constituer un risque pour les patients, le personnel ou les entreprises,
- De proposer des mesures d'urgence correctives,
- D'agir immédiatement lorsque la sécurité ou la continuité des soins est menacée.

L'obligation d'alerte est absolue et prioritaire.

ARTICLE XIX. CONDITIONS DE PAIEMENT

Le présent article définit les modalités de paiement applicables à la mission d'Ordonnancement, de Pilotage et de Coordination (OPC).

Il précise les règles de facturation, les modalités d'acompte, les conditions d'établissement du solde ainsi que les délais de règlement.

Section 19.01 Dispositions générales

La rémunération du titulaire est effectuée sous forme :

- d'acomptes successifs,
- puis d'un solde en fin de mission.

Toutes les factures doivent être transmises sous forme électronique, conformément aux règles de la comptabilité publique.

Aucune prestation ne peut être payée sans avoir fait l'objet :

- d'une vérification,
- d'une admission,

conformément à la procédure définie dans le présent CCP

Section 19.02 Acomptes

(a) Pendant la période d'études

Les paiements s'effectuent au fur et à mesure de l'exécution des phases PRO / DCE / ACT.

Chaque acompte correspond :

- A une phase entièrement réalisée,
- Ou à une partie de phase en pourcentage d'avancement,
- Selon la clé de répartition fixée dans le prix global forfaitaire.

(b) Pendant la période de travaux

Des acomptes mensuels sont versés pendant toute la durée des travaux, conformément au rythme d'avancement réel constaté et admis.

Le montant de chaque acompte mensuel est calculé :

- soit au prorata du pourcentage de mission OPC exécuté,
- soit selon la clé de répartition définie dans la DPGF du titulaire (structure de prix forfaitaire).

Section 19.03 Conditions d'éligibilité au paiement

Pour être recevable, chaque demande de paiement doit :

- être transmise via CHORUS Pro,
- préciser les prestations réellement exécutées,
- être accompagnée des livrables correspondants,
- être conforme au format attendu (désignation, montant HT, TVA, TTC, références du marché).

Toute facture ne respectant pas ces dispositions est rejetée et doit être réémise sous un nouveau numéro.

Section 19.04 Délais de paiement

Le délai global de paiement est de 50 jours à compter de la réception de la facture conforme, conformément aux règles de la comptabilité publique et applicables aux établissements hospitaliers.

Tout retard ouvre droit :

- aux intérêts moratoires,
- à une indemnité forfaitaire de recouvrement de 40 €.

Section 19.05 Paiement du solde final

Le solde est versé après :

- admission complète des prestations OPC,
- réception de tous les documents exigés en fin de mission :
 - planning “as built”,
 - dossier final OPC,
 - fiches risques,
 - journal OPC,
 - dossier complet de réception et des mises en service,
- levée intégrale des réserves de l'opération.

Ce solde intervient à l'expiration de la période de garantie de parfait achèvement, lorsque toutes les obligations ont été remplies.

Section 19.06 Suspension du délai de paiement

Le délai de paiement est suspendu :

- en cas de facture non conforme,
- en cas de document OPC rejeté ou non admis,
- en cas de non-transmission d'un livrable obligatoire,
- en cas de modification administrative en attente de régularisation (ex. : changement de RIB).

ARTICLE XX. RÉVISION DES PRIX

Cet article fixe les modalités de révision des prix applicables au marché.

Section 20.01 Principe de la révision

Le prix global forfaitaire proposé par le titulaire est révisable selon une formule d'actualisation définie ci-après, fondée sur un indice représentatif des prestations intellectuelles d'ingénierie (index INGÉNIERIE ou équivalent).

La révision a pour objet :

- de tenir compte de l'évolution économique,
- sans modifier le forfait global initial.

Section 20.02 Mois de référence (m_0)

Le mois de référence pour la révision des prix est le mois de remise des offres.
Ce mois fixe l'indice I_0 utilisé dans la formule d'actualisation.

Section 20.03 Formule de révision

La révision d'un acompte intervenant au mois "n" est calculée selon la formule :

$$C_n = I_n / I_0$$

Où :

I_0 = indice de référence au mois m_0 ,

I_n = indice de référence au mois de l'acompte,

C_n = coefficient de révision appliqué au montant du mois considéré.

Les coefficients sont calculés avec 4 décimales, arrondis au millième supérieur.

Section 20.04 Révision provisoire

Si l'indice du mois n n'est pas encore publié :

- un indice provisoire est utilisé,
- puis une régularisation est effectuée lors de la publication de l'indice définitif.

Aucune autre révision anticipée n'est appliquée avant leur disponibilité.

Section 20.05 Révision non assimilable à une modification de prix

La révision :

n'est pas une modification du forfait,
ne constitue pas un avenant,
ne modifie ni le périmètre, ni le contenu de la mission OPC.

Elle est un simple mécanisme d'ajustement économique réglementaire.

Section 20.06 Absence de révision pour les vacances

Les éventuelles vacances supplémentaires autorisées (Article X) :

- ne sont pas soumises à révision,
- sauf stipulation expresse contraire dans le marché.

ARTICLE XXI. RÉSILIATION DU MARCHÉ

Le présent article définit les conditions dans lesquelles le marché OPC peut être résilié, totalement ou partiellement, ainsi que les conséquences de cette résiliation pour le titulaire. La résiliation peut intervenir à l'initiative du Maître d'Ouvrage dans les cas prévus ci-après, sans préjudice des autres dispositions contractuelles ou légales applicables.

Section 21.01 Résiliation pour motifs liés à l'exécution du marché

Le Maître d'Ouvrage peut résilier le marché aux torts du titulaire lorsque celui-ci :

- Exécute sa mission de manière gravement fautive ;
- Ne respecte pas les obligations contractuelles essentielles (plannings, livrables, présence, coordination, sécurité hospitalière) ;
- Ne remédie pas à une non-conformité malgré mise en demeure ;
- Commet des erreurs répétées compromettant la continuité de service de l'hôpital ;
- Refuse de mettre en œuvre les mesures correctives exigées ;
- Sous-traite illégalement ou sans autorisation préalable.

La mise en demeure spécifie :

- Le manquement,
- Le délai laissé pour correction,
- La sanction envisagée.

Si aucune correction n'est apportée dans le délai fixé, la résiliation peut être prononcée de plein droit. Aucune indemnité n'est due au titulaire en cas de résiliation pour faute.

Section 21.02 Résiliation pour motifs d'intérêt général

Le Maître d'Ouvrage peut résilier le marché pour tout motif d'intérêt général, notamment :

- Abandon ou réorientation du projet,
- Modification majeure du programme fonctionnel,
- Impossibilité d'exécuter l'opération pour raisons techniques ou réglementaires,
- Décision stratégique liée au fonctionnement du service public hospitalier.

Dans ce cas :

- La résiliation ne donne lieu à aucune indemnité,
- A l'exception de la rémunération des seules prestations exécutées et admises à la date de l'effet de la résiliation.

Aucune autre compensation n'est due au titulaire.

Section 21.03 Résiliation pour circonstances extérieures ou de force majeure

Le marché peut être résilié lorsque :

- un événement extérieur rend impossible son exécution,
- un cas de force majeure durable empêche le titulaire de réaliser ses missions.

Dans ce cas :

- la résiliation est prononcée sans indemnité particulière,
- les prestations réalisées sont payées à leur valeur contractuelle.

Section 21.04 Résiliation pour cessation ou suspension d'activité du titulaire

Le marché est résilié de plein droit si le titulaire :

- Cesse son activité,
- Fait l'objet d'une procédure collective rendant impossible la poursuite du marché,
- Perd les capacités nécessaires (assurances, moyens humains, statut juridique).

Le titulaire doit informer immédiatement la MOA de toute situation impactant le marché.

Section 21.05 Conséquences de la résiliation

À la date d'effet de la résiliation :

Le titulaire doit remettre au Maître d'Ouvrage tous les documents OPC produits ou en cours, notamment :

- Plannings,
- Analyses,
- Phasages,
- Comptes-rendus,
- Dossiers documentaires complets.

Le Maître d'Ouvrage peut faire exécuter les prestations restantes :

- aux frais et risques du titulaire, en cas de résiliation pour faute ;
- ou selon une procédure nouvelle, en cas de résiliation pour motif d'intérêt général.

La résiliation ne dispense pas le titulaire :

- de répondre à toute demande de clarification après résiliation,
- de transmettre l'intégralité des données et fichiers sources nécessaires à la continuité du projet.

ARTICLE XXII. RÈGLEMENT DES LITIGES

Cet article définit les modalités applicables en cas de désaccord ou de litige dans le cadre de l'exécution du présent marché OPC.

Section 22.01 Obligation de continuité du service

La survenance d'un litige n'autorise jamais le titulaire à :

- Interrompre sa mission,
- Suspendre l'exécution du marché,
- Refuser de produire les documents nécessaires,
- Réduire sa présence sur site.

Toute suspension unilatérale constitue un manquement grave.

Section 22.02 Procédure de règlement amiable

En cas de différend entre le titulaire et la Maîtrise d'Ouvrage :

Le titulaire adresse une réclamation écrite et motivée.

La MOA dispose d'un délai raisonnable pour répondre.

Une réunion de concertation peut être organisée pour tenter un accord amiable.

Ces discussions doivent être menées sans interrompre l'exécution du marché.

Section 22.03 Arbitrage du Maître d'Ouvrage

En cas de désaccord persistant, le Maître d'Ouvrage peut :

- Demander des compléments d'information,
- Trancher sur les aspects techniques ou organisationnels,
- Maintenir ou modifier les instructions données.

Les décisions du Maître d'Ouvrage s'appliquent immédiatement, sauf disposition contraire.

Section 22.04 Saisine du Tribunal administratif

Si aucun accord amiable n'est trouvé, le différend est porté devant le Tribunal Administratif territorialement compétent (en cohérence avec les dispositions contractuelles des marchés publics hospitaliers).

Le droit applicable est le droit français.

Aucune autre juridiction n'est compétente.

Section 22.05 23.05 – Documents contractuels opposables

En cas de litige, sont opposables par ordre de priorité :

La notification du marché et ses avenants,
L'acte d'engagement et ses annexes,
Le CCP-SAU-OPC,
Le CCAG-PI,
Les pièces techniques annexes (phases, phasage B7, plans),
Les OS et notifications officielles.

Section 22.06 Absence d'effet suspensif

Aucune réclamation, même justifiée, n'a pour effet :

- de suspendre les obligations du titulaire,
- ni de reporter les délais contractuels,
- ni d'exonérer le titulaire des pénalités applicables.