



Direction générale
de la cohésion sociale
(DGCS)
Direction de
l'accompagnement et de
l'hébergement (DIRHEB)
BAP - Av. des Casernes 2
1014 Lausanne

Demande d'autorisation pour des travaux dans un établissement de type médico ou psycho social médicalisé ou non (HNM/PPS)

Selon l'art. 145 de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique (LSP ; RSV 800.01) « la construction, la reconstruction, la transformation ou l'agrandissement d'un établissement sanitaire doit faire l'objet d'une autorisation préalable du Département ; un règlement du Conseil d'Etat fixe les conditions. Demeure réservée la législation sur les constructions et l'aménagement du territoire ».

Remarque : tous changements en lien avec l'autorisation de diriger ou de pratiquer ne sont pas concernés par ce formulaire. Vous trouverez l'information utile à l'adresse suivante : [autorisation de diriger et d'exploiter](#) et [autorisations de pratiquer](#).

Entité juridique/site concerné : _____

Adresse du site : _____

Personne de contact : _____ N° téléphone : _____

Mail : _____

Architecte mandataire : _____ N° téléphone : _____

Mail : _____

La prise en compte des modifications dans le cadre de la procédure tarifaire ou du budget d'investissement est conditionnelle à l'analyse et à la validation par le Département du projet. Ce formulaire doit être déposé avant tout engagement financier pour des travaux.

Cocher le type d'établissement et le/s énoncé/s concerné/s :

EMS EPSM HNM SPAH Division C CAT intra CAT extra

A. Changement du nombre de lits/places ou répartition des chambres de 1 à 2 lits

B. Changement d'affectation des surfaces, locaux, chambres

C. Transformation, rénovation du/des bâtiment/s *_merci de se référer aux [directives architecturales](#)*

D. Location immeuble *_merci de fournir le projet de bail si existant*

E. Changement/augmentation de mandat/mission *_merci de compléter le [formulaire](#) suivant*

F. Autre

Description du projet : _____

Coût approximatif : _____ Date prévue des travaux/changements : _____

Financement : Fonds propre Fonds immobilier Fonds extérieurs

Durée : _____

Merci de joindre tous les documents en votre possession en lien avec votre demande svp.

Date de l'envoi du formulaire : _____ Document à envoyer par mail à : uco.dgcs@vd.ch



**Direction générale
de la cohésion sociale**

(DGCS)

Direction de
l'accompagnement et de
l'hébergement (DIRHEB)

BAP - Av. des Casernes 2
1014 Lausanne

**Demande d'autorisation pour des
travaux dans un établissement de
type médico ou psycho social
médicalisé ou non (HNM/PPS)**

Réservé à l'administration cantonale - *Entourer et compléter s'il y a lieu*

Date réception : _____ Accusé réception : _____

Traitement souhaité : _____

Préavis du pôle PGPA PPAD Visa : _____

Concernant **A.** **B** **C** **D** **E** **F** **Positif** **Négatif**

Concernant **A.** **B** **C** **D** **F** **Positif** **Négatif**

Remarque : _____

Préavis de l'UCO Architectes Visa : _____

Concernant **A.** **B** **C** **D** **F** **Positif** **Négatif**

Concernant **A.** **B** **C** **D** **F** **Positif** **Négatif**

Remarque : _____

Concernant l'autorisation d'exploiter Changement autorisé : _____ Visa : _____

Site/Bâtiment : _____

EMS/EPMS Mandat : **GE/PAA/PA/Spécifique** Mission : **MAR/RRES/ISP**

N^{bre} de lit/place : ___ LS ___ CS

CAT/CATp Mandat : **GE/PAA/PA/Spécifique** N^{bre} de place : ___ LS ___ CS

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Site/Bâtiment : _____

EMS/EPMS Mandat : **GE/PAA/PA/Spécifique** Mission : **MAR/RRES/SP**

N^{bre} de lit/place : ___ LS ___ CS

CAT/CATp Mandat : **GE/PAA/PA/Spécifique** N^{bre} de place : ___ LS ___ CS

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___ Etage : ___ n° Ch à 1 lit : ___ n° Ch à 2 lits : ___

Remarque : _____