



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

V. 06/2025

**FORMULAIRE D'ANNONCE DE TRAVAUX
DANS UN ÉTABLISSEMENT MÉDICO SOCIAL (EMS)
OU PSYCHO SOCIAL MÉDICALISÉ (EPSM)
OU NON MÉDICALISÉ (HNM/PPS)**

PREAMBULE

Ce Formulaire est destiné à informer le Département pour **tous travaux** projetés dans un établissement médico-social. Il permet de vérifier le besoin et ensuite d'orienter les institutions des autres démarches à entreprendre ; modification du tarif SOHO et de l'autorisation d'exploiter (AEX), mode de financement, utilisation du fond immobilier, autres.

*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. Demeure réservée la législation sur les constructions et l'aménagement du territoire ». **Ce formulaire doit être déposé avant tout engagement financier pour des travaux.***

TRAVAUX CONCERNES PAR CE FORMULAIRE

- Si le coût des travaux dépasse **30'000.-** CHF TTC
- Si le nombre de lits de l'établissement est affecté
- S'il y a une modification de l'utilisation des surfaces

Entité juridique/site concerné : _____

Adresse du site : _____

Personne de contact : _____ N° téléphone : _____

E-mail : _____

Architecte mandataire (si connu) : _____ N° téléphone : _____

E-mail : _____

TYPE DES TRAVAUX PREVUS

- Modification du/des bâtiments ; *Intervention faite à un ouvrage lui permettant de répondre à des performances nouvelles.*
- Mise en conformité du/des bâtiments ; *Intervention faite à un ouvrage lui permettant de répondre à des exigences techniques ou légales.*
- Entretien ; *Intervention tendant à maintenir ou à remettre un ouvrage en bon état sans qu'il ait à répondre à des performances nouvelles.*
- Autre

DESCRIPTION DU PROJET

COUT ESTIMATIF DES TRAVAUX TTC (CFC 1 à 5) : _____

FINANCEMENT (Cocher la/les case(s)) : Fonds propres Fond immobilier Fonds extérieurs

DELAIS Date prévue des travaux : _____ Date prévue de finalisation des travaux : _____

TYPE D'ETABLISSEMENT ET ENVOI DES DOCUMENTS (Cocher la case) :

EMS HNM SPAHE Pour ces établissements document à envoyer à : pgpa.dirheb@vd.ch

EPSM PPS - Pour ces établissements document à envoyer à : ppad.dirheb@vd.ch

Merci de joindre tous les documents en votre possession en lien avec votre demande (plans, devis...)

Date de l'envoi du formulaire : _____

VALIDATION DU DEPARTEMENT

Date de validation de la demande : _____

Signature du chef du pôle : _____