



Demande d'autorisation :
Hospitalisation à domicile

Zone de santé :

Entité géographique :

Entité juridique :

Récapitulatif du dossier finalisé
Dossier Promoteur

Statut du dossier :
En cours de saisie

1. Informations générales du dossier

1.1. Informations de la structure

Etablissement

Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée :

Raison sociale EJ :

Appartient au GHT :

Loire Atlantique

Adresse

Numéro et voie :

Code postal :

Commune :

Région / Département :

Téléphone :

1.2. Informations de contact

Représentant légal :

Auteur de la demande :

Promoteur Gestionnaire Attaché à un EJ (Promoteur Gestionnaire)

Adresse courriel de l'auteur de la demande :

Téléphone de l'auteur de la demande :

1.3. Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML)

ACTIVITÉ DE SOINS / EML :

Hospitalisation à domicile

Références juridiques :

- Décret n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 relatif aux conditions d'implantation de l'activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance (legifrance.gouv.fr)
- Décret n° 2022-102 du 31 janvier 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'hospitalisation à domicile
- <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.21.sante.pdf>, page 123

DEMANDES D'AUTORISATIONS :

1. Pas de modalité / Socle

1.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

2. Pas de modalité / Réadaptation

2.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

3. Pas de modalité / Ante et post partum

3.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

4. Pas de modalité / Enfants de moins de trois ans

4.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

Zone de santé concernée :

2. Constitution du dossier

2.1. Tronc commun

Justification de la demande

Descriptif du projet en lien avec l'activité de soins / EML demandé :

-

Liens de la demande avec les objectifs qualitatifs du schéma régional de santé (SRS) et quantitatifs de l'offre de soins (OQOS) :

-

Avis du Comité stratégique du groupement hospitalier de territoire (COSTRAT)

Dépôt du/des avis du COSTRAT :

-

Commentaire concernant l'avis du COSTRAT :

-

Convention(s) ou lettre(s) d'engagement concernant l'activité

Convention(s) :

-

Lettre(s) d'engagement :

-

Dossier financier

Documents du dossier financier :

-

Commentaire concernant le dossier financier :

-

Activité : **Hospitalisation à domicile**

- **Documents spécifiques à l'activité**

Documents spécifiques à l'activité :

-

Formulaire PDF pour l'activité de soins / EML choisi

Formulaire PDF à compléter : Annexe 1

2.2 Autorisation n°1 - Socle

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 2

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme (s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Médecin praticien d'HAD									

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme (s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Aucune donnée renseignée									

Effectifs paramédicaux

Activité : **Hospitalisation à domicile**

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)								
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif								
Auxiliaire de puéricultures, auxiliaire médicale ou personnel des professions éducatives								
Psychologue								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.1

Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Communes sélectionnées

Département	Commune	Code postal
Aucune donnée renseignée		

2.3 Autorisation n°2 - Réadaptation

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 3

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

Activité : Hospitalisation à domicile

Médecin responsable ou coordonnateur

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme(s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Médecin : Médecine physique et de réadaptation									
Médecin praticien d'HAD									

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme(s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Aucune donnée renseignée									

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Masseur-kinésithérapeute								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Ergothérapeute								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 2.1

Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

Activité : **Hospitalisation à domicile**

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Communes sélectionnées

Département	Commune	Code postal
Aucune donnée renseignée		

2.4 Autorisation n°3 - Ante et post partum

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 4

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme(s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Médecin : Gynécologie obstétrique									
Médecin praticien d'HAD									
Sage-femme									

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme(s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Aucune donnée renseignée									

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 3.1

Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Communes sélectionnées

Département	Commune	Code postal
Aucune donnée renseignée		

2.5 Autorisation n°4 - Enfants de moins de trois ans

Formulaire PDF

Formulaire PDF à compléter

Annexe 5

Tableaux des effectifs

Date d'état des lieux des effectifs

-

Médecin responsable ou coordonnateur

-

Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme (s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Médecin : Pédiatrie									
Médecin praticien d'HAD									

Activité : Hospitalisation à domicile

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		Diplôme(s)
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Aucune donnée renseignée									

Effectifs paramédicaux

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Infirmier de puériculture								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire		
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	
Aucune donnée renseignée									

Autres effectifs affectés à l'activité

Personnel obligatoire

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Assistant de service social, conseiller en économie sociale et familiale ou assistant socio-éducatif								
Psychomotricien								

Autre personnel

Spécialité	Postes vacants		Postes pourvus		Recours au secteur libéral		Recours à une structure partenaire	
	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée								

Dépôt de pièces jointes propres à la modalité / mention

Environnement et locaux

-

Autres documents

-

Mises en œuvre

Date prévisionnelle de mise en œuvre 4.1

Liste des communes (à renseigner dans la suite du dossier)

Possédez-vous déjà une autorisation similaire, en cours avant la réforme des autorisations entrée en vigueur le 1er juin 2023, pour cette activité ?

Non

Date prévisionnelle de la mise en oeuvre

01/01/2030

Commentaire

-

Pièces jointes complémentaires

-

Communes sélectionnées

Département	Commune	Code postal
Aucune donnée renseignée		

3. Engagements du demandeur

Je soussigné(e),
En qualité de

m'engage:

- à la réalisation et au maintien des conditions d'implémentation en application de l'article L.6123-1
- à la réalisation et au maintien des conditions techniques de fonctionnement en application de l'article L.6124-1
- à respecter le maintien des autres caractéristiques du projet après l'autorisation ou le renouvellement de celle-ci
- à procéder à l'évaluation de l'activité de soins prévue à l'article L.6122-5 dans les conditions prévues à l'article R.6122-23, intégrant le cas échéant les indicateurs d'évaluation mentionnés à l'article R.6122-24
- au respect du volume de l'activité liée à la présente demande, et des dépenses à la charge de l'assurance maladie, en application de l'article L.6122-5

Fait à
le

Signature du représentant légal et cachet de l'établissement

Annexe 1

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à l'activité

DEMANDE D'AUTORISATION Hospitalisation à domicile

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

CONTINUITE DES SOINS

Disposez-vous des capacités suivantes 7j/7 24h/24	Interne*	Convention** avec un dispositif de permanence des soins ambulatoire
Permanence téléphonique		
Recours à un avis médical		

*personnel relevant directement du titulaire de l'autorisation, y compris dans le cadre d'une mise à disposition, d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement hospitalier de territoire

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :

Signataires	Date de signature



A déposer dans le
SI-Autorisations

Décrivez les modalités de continuité des soins, les modalités d'organisation de la permanence téléphonique et du recours à un avis médical afin d'attester de l'adaptation de l'organisation de la continuité des soins à la nature et au volume de votre activité.

Intervention au domicile 7j/7 24h/24 du patient d'un IDE membre de l'équipe pluridisciplinaire	Exclusivement en interne*	En partie ou totalement par convention avec des professionnels de soins libéraux ou des structures partenaires***

*personnel relevant directement du titulaire de l'autorisation, y compris dans le cadre d'une mise à disposition, d'un groupement de coopération sanitaire ou d'un groupement hospitalier de territoire

***convention mentionnée à l'article D. 6124-197-III du code de santé publique

Décrivez en cas de recours à des professionnels libéraux ou une structure partenaire, les modalités d'organisation les modalités de continuité des soins permettant de garantir en permanence et dans un délai compatible avec les impératifs de sécurité du patient, l'intervention au domicile du patient d'un infirmier membre de l'équipe pluridisciplinaire, afin d'attester de l'adaptation de l'organisation de la continuité des soins à la nature et au volume de votre activité.

LOCAUX ET MOYENS

- **Locaux**

Décrivez succinctement l'organisation générale, la nature et la localisation des locaux.

Décrivez notamment les moyens de communication permettant un lien permanent entre le patient et un professionnel de santé relevant directement de la structure.

Précisez le cas échéant, si moyens propres ou mis à disposition par convention.

- **Antennes géographiques distinctes**

Précisez le nombre d'antennes ne disposant pas d'un finess géographique distinct

Annexe 2

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à la Mention Socle

DEMANDE D'AUTORISATION Hospitalisation à domicile

Mention Socle

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

SYSTEME D'INFORMATION

Décrire les modalités de constitution des informations de santé des patients et de leur communication.

Décrire l'organisation de la structure en matière de système d'information, en particulier préciser l'existence :

- D'un système d'information permettant d'assurer une liaison permanente entre les patients, leur entourage et la structure d'hospitalisation à domicile*
- D'un logiciel permettant la gestion d'un dossier patient informatisé*
- D'un système d'information en garantissant l'accès par les membres de l'équipe pluridisciplinaire – y compris libéraux et salariés d'autres structures,*
- Dispositif de télésanté éventuel*

ENVIRONNEMENT

1. Accès aux plateaux techniques

Plateau technique	Accès en interne	Accès par convention *
Réanimation		
Médecine en hospitalisation complète		
Chirurgie		

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

2. Pharmacie

Pharmacie	Accès en interne	Accès par convention (préciser le nombre de structures) *
Pharmacie à usage intérieur		Nombre :
Pharmacien titulaire d'une officine		Nombre :

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 3

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à la Mention Réadaptation

DEMANDE D'AUTORISATION Hospitalisation à domicile

Mention Réadaptation

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Organisation générale

Détaillez de façon succincte l'organisation de cette prise en charge et, en particulier les modalités de mise en œuvre de la coordination interne et avec les partenaires impliqués dans les parcours de soins des patients, acteurs libéraux, médecins prescripteurs, SSIAD et autres établissements de santé ou médico-sociaux.

Organisation de la prise en charge en réadaptation

	Ressources internes	Organisation par convention avec une structure autorisée à l'activité de soins médicaux et de réadaptation*
Prise en charge conjointe en réadaptation		

	Accès en interne	Organisation par convention avec une structure autorisée à l'activité de soins médicaux et de réadaptation*
Admission directe en hospitalisation avec hébergement		

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Annexe 4

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à la Mention Ante et post partum

DEMANDE D'AUTORISATION **Hospitalisation à domicile**

Mention Ante et post partum

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Organisation générale

Détaillez de façon succincte l'organisation de cette prise en charge et, en particulier les modalités de mise en œuvre de la coordination interne et avec les partenaires impliqués dans les parcours de soins des patients, acteurs libéraux, médecins prescripteurs, SSIAD et autres établissements de santé ou médico-sociaux.

ENVIRONNEMENT

Plateaux techniques

Plateau technique	Accès en interne	Accès par convention*
Obstétrique		

*Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :

Signataires	Date de signature



A déposer dans le
SI-Autorisations

Annexe 5

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à la Mention Enfants de moins de 3 ans

DEMANDE D'AUTORISATION

Hospitalisation à domicile

Mention Enfants de moins de 3 ans

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

Organisation générale

Détaillez de façon succincte l'organisation de cette prise en charge et, en particulier les modalités de mise en œuvre de la coordination interne et avec les partenaires impliqués dans les parcours de soins des patients, acteurs médecins prescripteurs, SSIAD et autres établissements de santé ou médico-sociaux.

Préciser en particulier les modalités de coordination et d'information régulière du médecin prescripteur par l'équipe de coordination.

Préciser les décrivez les modalités de formation à l'approche et à la prise en charge des enfants des membres de votre équipe pluridisciplinaire.

ENVIRONNEMENT

Plateaux techniques

1. Enfants de moins de trois ans

Plateau technique	Accès en interne	Accès par convention
Réanimation pédiatrique		
Réanimation néonatale		

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

Demande initiale d'autorisation de l'activité de Soins d'hospitalisation à domicile
Formulaire relatif à la Mention Enfants de moins de 3 ans

2. Prises en charges en onco-hématologie (ne remplir que si la structure réalise ce type de prise en charge)

Plateau technique	Accès en interne	Accès par convention*
Structure autorisée à l'activité de traitement du cancer		

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**

3. Prises en charges de nouveau-nés et nourrissons en aval du service de néonatalogie (ne remplir que si la structure réalise ce type de prise en charge)

	Ressources internes	Prise en charge conjointe avec un service autorisé à l'activité de néonatalogie *
Mode de prise en charge		

**Si par convention, merci de joindre la convention ou la lettre d'engagement à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité) et préciser :*

Signataires	Date de signature



**A déposer dans le
SI-Autorisations**