



**Demande d'autorisation :**  
Médecine

**Zone de santé :**  
Loire-Atlantique

**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 :

### 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 :**

**Médecine**

**Références juridiques :**

- Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de soins de médecine
- Décret n°2022-1047 du 25 juillet 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine

**DEMANDES D'AUTORISATIONS :**

**1. Pas de modalité / Pas de mention**

**1.1. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Adultes**

**1.2. Pas de pratique thérapeutique spécifique / Enfants et adolescents**

**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 :

-

**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

### Formulaire PDF

#### Formulaire PDF à compléter

Annexe 2 et/ou 3

### Tableaux des effectifs

#### Date d'état des lieux des effectifs

-

#### Médecin responsable ou coordonnateur

-

#### Effectifs médicaux, pharmacie et physique médicale

#### Personnel obligatoire

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus		
		Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Médecin : Pédiatrie	Enfants et adolescents					
Un médecin parmi les spécialités médicales	Adultes					

#### Autre personnel

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus		
		Nombre	ETP	Nombre	ETP	Diplôme(s)
Aucune donnée renseignée						

#### Effectifs paramédicaux

### Personnel obligatoire

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus	
		Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aide-soignant (AS)	Adultes				
Aide-soignant (AS)	Enfants et adolescents				
Auxiliaire de puériculture	Enfants et adolescents				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	Adultes				
Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)	Enfants et adolescents				

### Autre personnel

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus	
		Nombre	ETP	Nombre	ETP
Aucune donnée renseignée					

### Autres effectifs affectés à l'activité

#### Personnel obligatoire

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus	
		Nombre	ETP	Nombre	ETP
Psychologue	Adultes				
Psychologue	Enfants et adolescents				

#### Autre personnel

Spécialité	Type	Postes vacants		Postes pourvus	
		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**

Adultes

**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**

-

**Date prévisionnelle de mise en œuvre 1.2**

Enfants et adolescents

**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**

-

### **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 d'Activité de Médecine  
Formulaire relatif à l'activité Médecine

---

## DEMANDE D'AUTORISATION Médecine

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

## Moyens d'hospitalisation et locaux

1) Disposez-vous sur site des deux moyens d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel :

a. Lits d'hospitalisation à temps complet (HC)

Oui

Non

Si oui - précisez le nombre d'unités (*dénomination permettant d'identifier leur spécialité*) :

Si non - disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant, en proximité sur un autre site de votre établissement (EJ) ?

Oui

Non

Si oui - décrivez la distance et l'organisation commune entre les deux sites et les filières de soins concernées (spécialités médicales) :

Si non - disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant par convention avec un autre titulaire implanté sur le site et en disposant : décrivez l'organisation commune et les filières de soins concernées :

*Merci de joindre la convention à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

b. Places d'hospitalisation à temps partiel (HTP)

Oui

Non

Si oui : précisez le nombre d'unités (*dénomination permettant d'identifier leur spécialité*) :

*Merci de joindre la charte de fonctionnement décrivant les fonctions et les tâches de ou des équipes pluridisciplinaires dédiées aux prises en charge HTP dans la zone dédiée aux autres documents liés à l'activité*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

Précisez le cas échéant la mutualisation de ressources humaines d'unité d'HTP partiel et d'unité d'HC, situées à proximité l'une de l'autre.

Si non : disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant, en proximité sur un autre site de votre établissement (EJ) ?

Oui

Non

Si oui - décrivez la distance et l'organisation commune entre les deux sites et les filières de soins concernées (spécialités médicales) :

Si non - disposez-vous de l'accès à ce moyen d'hospitalisation manquant par convention avec un autre titulaire implanté sur le site et en disposant ?

Oui

Non

*Merci de joindre la convention à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

Si non - souhaitez-vous demander une autorisation dérogatoire permettant de mettre en œuvre uniquement de l'hospitalisation à temps complet ?

Oui

Non

Si oui – justifiez votre demande en décrivant la nature des prises en charge et les compétences médicales et paramédicales ainsi que les éléments structurels et de contexte ne permettant pas de mettre en œuvre l'hospitalisation à temps partiel sur votre site et en précisant la convention avec l'établissement permettant l'accès à l'hospitalisation à temps partiel :

Présenter votre projet lorsque votre demande est à titre temporaire.

- 2) Disposez-vous d'un espace d'accueil et de détente pour les familles et les proches des patients, situé(s) au sein ou à proximité de chaque secteur d'hospitalisation ?

Oui

Non (décrivez l'existant et vos projets d'aménagements de ces espaces) :

## Organisation du parcours patient

- 1) Disposez-vous d'une organisation permettant l'accueil des patients en séjour programmé ou en admission directe à la demande express d'un médecin ?

Oui

Non. Justification :

2) Disposez-vous de moyens d'échanges directs avec les médecins et les établissements du territoire ?

Oui

Non. Justification (ex : ligne  
téléphonique/messagerie dédiée) :

3) Avez-vous mis en place un dispositif de gestion des lits de médecine et/ou participez-vous à un dispositif de gestion des lits mis en place par un groupement d'établissements ?

Oui

Non. Justification (dispositifs  
internes et externes) :

4) Afin d'assurer le transfert des patients, dont l'état de santé le nécessite, vers les structures d'hospitalisation adaptées, renseignez les accès organisés vers les activités suivantes :

	Sur site	Par convention (à joindre)	Dans le cadre du PMP du GHT
Soins adultes - Réanimation/USIP/autres USI - USIP dérogatoire (site sans réa) - USIC - USINV - USIH			
Soins critiques pédiatriques - Réanimation/USIP - USIP dérogatoire (site sans réa) - USIH			
Surveillance continue adulte			
Surveillance continue pédiatrique			
Chirurgie adulte			
Chirurgie pédiatrique			
SMR adultes			
SMR enfants et adolescents			
Psychiatrie adulte			
Psychiatrie enfant et adolescent			
Hospitalisation à domicile			

<sup>1</sup> Projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire mentionné au II de l'article L. 6132-1 CSP



*Merci de joindre les conventions à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*

**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

5) Décrivez l'organisation de l'aval des séjours en médecine dans le cadre d'un parcours personnalisé et en s'appuyant sur l'organisation des filières de soins du territoire :

6) Décrivez l'organisation de l'accueil, l'information et le soutien des familles et des aidants des patients, en lien avec un psychologue et, en tant que de besoin, avec le concours d'un psychiatre :

## Equipements

Renseignez les accès aux examens suivants :

	Sur site	Par convention
Echographie		
Scanographe		
IRM		
Biologie médicale		
Anatomopathologie		

*Merci de joindre les conventions à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

## Continuité des soins<sup>2</sup>

Décrivez l'organisation médicale et paramédicale en distinguant les unités d'hospitalisation à temps complet adulte et pédiatrique

Précisez si l'organisation de l'intervention d'un médecin est commune à plusieurs sites d'un même établissement de santé ou de plusieurs établissements de santé, à proximité les uns des autres :

---

<sup>2</sup> La continuité des soins concerne les personnes hospitalisées

## Permanence des soins<sup>3</sup>

Participez-vous à la permanence des soins pour les activités relevant de la médecine ?

Oui

Non

Si oui, décrivez l'organisation de la permanence médicale sur site ou par astreinte.

Différenciez l'organisation pour la médecine adulte et pour la médecine pédiatrique :

## Assurance qualité

Engagements	Case à cocher	Pièce-jointe
Engagement à respecter et mettre à jour régulièrement les recommandations de bonnes pratiques		
Engagement de recueil et d'analyse de données issues des pratiques professionnelles dans une finalité d'amélioration des pratiques et de gestion des risques.		
Définition d'une procédure permettant de garantir que chaque professionnel, membre de l'équipe, maîtrise l'activité avant la première prise de fonction en autonomie sur chaque poste.		Joindre la procédure à la demande
Engagement à respecter l'obligation d'assurance qualité définie au I de l'article L. 1333-19		
Les équipements sont connectés à un système d'archivage et de partage des images permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge et la pertinence des actes réalisés.		
Les équipements exposant aux rayonnements ionisants mis en œuvre sont connectés à un système de collecte systématique et d'archivage des données dosimétriques.		

Merci de joindre la procédure dans la zone dédiée aux autres documents liés à l'activité (située dans les informations relatives à l'activité)



A déposer dans le  
SI-Autorisations

<sup>3</sup> La permanence des soins concerne la prise en charge H24 de nouveaux patients

# Annexe 2

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Médecine  
Formulaire relatif à la déclaration Adulte

---

## DEMANDE D'AUTORISATION Médecine

### *Déclaration Adulte*

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

## Organisations spécifiques

### Prises en charge des personnes âgées

- 1) Disposez-vous d'une organisation permettant l'accès, sur site ou par convention, à une compétence gériatrique ou de médecine polyvalente ?

Oui

Non

*Descriptif des compétences mobilisables sur site ou par convention :*

*Merci de joindre la convention à la demande dans la zone dédiée (située dans les informations relatives à l'activité)*



A déposer dans le  
SI-Autorisations

- 2) Disposez-vous de protocoles de prise en charge des personnes âgées ou à risque de perte d'autonomie ?

Oui

Non

*Commentaire :*

*Merci de joindre les protocoles internes ou d'organisation du parcours de soins des personnes âgées dans la zone dédiée aux autres documents liés à la déclaration (située dans les informations relatives à la déclaration)*



A déposer dans le  
SI-Autorisations

## Accueil des patients de seize ans et plus en unité d'adulte

- 3) Disposez-vous d'une organisation permettant d'accueillir en unité d'hospitalisation de médecine adulte des patients âgés de seize ans et plus, dans une chambre qui lui est dédiée ?

Oui

Non

*Précisez les unités concernées, et tout autre commentaire :*

*Merci de joindre le protocole d'organisation interne dans la zone dédiée aux autres documents liés à la déclaration (située dans les informations relatives à la déclaration)*



A déposer dans le  
SI-Autorisations

## Etat et qualification des effectifs paramédicaux affectés à l'activité

- 1) Disposez-vous de la présence d'au moins deux professionnels paramédicaux dont au moins un infirmier dans chaque unité d'hospitalisation à temps complet ?

Oui

Non

*Commentaire :*

# Annexe 3

Demande initiale d'autorisation d'Activité de Médecine  
Formulaire relatif à la déclaration Enfant-Adolescent

---

## DEMANDE D'AUTORISATION Médecine

### *Déclaration Enfant et Adolescent*

Numéro de dossier promoteur :

N° FINESS ET :

## Environnement

1) Disposez-vous d'une autorisation de médecine d'urgence assurant l'accueil des enfants sur le même site ?

Oui

Non

Si oui, décrivez le circuit de prise en charge entre le service des urgences et le secteur d'hospitalisation de médecine pédiatrique :

*Merci de joindre le plan dans la zone dédiée aux autres documents liés à la déclaration (située dans les informations relatives à la déclaration)*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

Le secteur d'hospitalisation de médecine pédiatrique est-il implanté dans le même bâtiment ou à proximité du service des urgences prenant en charge les enfants ?

Oui

Non

Si non, avez-vous un projet de création ou de restructuration d'un secteur d'hospitalisation en médecine pédiatrique dans le même bâtiment ou à proximité du service des urgences prenant en charge les enfants ?

Oui

Non

Si oui, décrivez la future implantation :

*Merci de joindre le plan dans la zone dédiée aux autres documents liés à la déclaration (située dans les informations relatives à la déclaration)*



**A déposer dans le  
SI-Autorisations**

- 2) Disposez-vous d'une organisation permettant l'accueil, l'information et le soutien des parents, en lien avec un assistant social et un psychologue et si besoin, avec le concours d'un pédopsychiatre

Oui

Non. Commentaire :

## Locaux et équipements

- 1) Disposez-vous dans chaque unité d'hospitalisation d'un espace de vie réservé aux enfants et adolescents hospitalisés avec un environnement adapté à leurs besoins affectifs, et permettant la réalisation d'activités éducatives, scolaires et ludiques ?

Oui

Non. Justification :

- 2) Décrivez l'organisation et les moyens mis à disposition permettant à l'un des parents ou son substitut d'être présent en permanence auprès de son enfant pendant son hospitalisation (*ex : équipements dans les chambres, hébergement à proximité*) :

- 3) Décrivez les moyens de communication mis à disposition du patient afin de faciliter le maintien de ses relations en dehors de l'unité d'hospitalisation, notamment celles nécessaires à la poursuite de sa scolarité (*ex : convention avec l'Education Nationale, des associations*) :

## Filière de soins pédiatriques

- 1) Participez-vous à la filière territoriale de soins pédiatriques ?

Oui

Non. Commentaire :

- 2) Participez-vous à la filière de soins critiques pédiatriques ?

Oui

Non. Commentaire :

## Etat et qualification des effectifs paramédicaux affectés à l'activité

- 1) Précisez le nombre d'infirmier puériculteur ou infirmier diplômé d'Etat justifiant d'une expérience en pédiatrie dans l'équipe de chaque unité d'hospitalisation à temps complet :

*Nombre par unité :*

- 2) Précisez le nombre d'aide-soignant ou auxiliaire de puériculture justifiant d'une expérience en pédiatrie dans l'équipe de chaque unité d'HC :

*Nombre par unité :*