

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET DES PROFESSIONS SANITAIRES (DEPPS)

## ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

### DEMANDE D'AUTORISATION D'OUVERTURE ET D'EXPLOITATION

## FICHE TECHNIQUE

- Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés
- Décret n°96-878 du 25 octobre 1996 fixant les conditions d'autorisation et d'immatriculation pour l'installation des professions de santé dans le secteur privé
- Arrêté n° 254/MSHP/DGS/DEPS du 04 avril 2019 portant immatriculation des établissements sanitaires publics ;
- Arrêté n°253/MSHP/DGS/DEPS du 04 avril 2019 portant immatriculation des établissements sanitaires privés ;
- Arrêté interministériel n°252/MSHP/MEMDEF du 04 avril 2019 portant classification des établissements sanitaires publics des Armées

**La demande d'autorisation d'ouverture et exploitation d'un établissement sanitaire privé est adressée au Ministre de la Santé, de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle.**

**La demande est formulée par le Promoteur/Propriétaire**

- **par une personne physique** : préciser nom, prénoms et contacts
- **par une personne morale** : préciser le type, la raison sociale, la dénomination exacte, l'adresse

Elle donne lieu à **des visites de l'établissement** par les services compétents du Ministère en charge de la santé (DEPS), visant à vérifier l'existence de cet établissement sanitaire, son implantation, à contrôler la conformité des locaux, des installations et des équipements aux normes et réglementations en vigueur, ainsi que des ressources humaines.

Ainsi, après les différentes étapes d'examen de la fiche technique et du dossier :

- Dans un premier temps **un accord de principe de création** est délivré
- Puis dans un second temps, **une attestation de conformité**
- Et enfin un **arrêté ministériel portant autorisation d'ouverture et d'exploitation**

### **I. Type/nature/niveau d'intervention de l'ETABLISSEMENT**

N° de Dossier DEPS, le cas échéant : ..... N° de Convention et date, le cas échéant : .....

Préciser la nature de l'établissement    médicale     paramédicale     de médecine traditionnelle  
    de médecine alternative ou  
complémentaire     autre à préciser

Préciser le niveau d'intervention :

Polyclinique    clinique    centre médical    cabinet dentaire    Maternité    etc. ....  
.....

### **II. DENOMINATION**

**Préciser la dénomination :** .....

Adresse postale, adresse email et contacts téléphoniques (fixe, WhatsApp et autre), site  
webb.....  
.....

**III. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

Préciser la situation géographique dudit établissement (Commune, quartier, zone résidentielle, lot, étage,  
n°...)

.....  
.....  
.....

**IV. PROMOTEUR/PROPRIETAIRE**

- Personne physique : préciser nom, prénoms, profession, contacts et N° d’inscription à l’Ordre ou Conseil National de la profession concernée**
- Personne morale : préciser le type de société, la raison sociale, la dénomination exacte, l’adresse**

.....  
.....

**Les nom et prénoms, titre et contacts de son représentant**

.....  
.....

**Les nom et prénoms, titre et contacts du ou des professionnel (s) inscrits à l’Ordre ou au Conseil National de côte d’ivoire de la profession concernée, impliqué (s) dans l’actionnariat**

.....  
.....

**Préciser les motivations de création de l’Etablissement**

.....  
.....  
.....

**V. RESPONSABLE MEDICOLEGAL :**

Il est le **DIRECTEUR MEDICAL SCIENTIFIQUE(DMS), DIRECTEUR MEDICAL (DM) ou Responsable technique Paramédical (RTParaM)**

Il est le **responsable médico-légal** de la structure et coordonne l’action médicale.

C’est un professionnel, habilité à exercer, il est privé ; Il est résident à plein temps dans l’établissement,

Un document comportant ses références et une photo prise au Guichet sera établie par la DEPS.

Nom, prénom, profession, numéro d’inscription à l’Ordre National ou au Conseil National, statut administratif, contacts (téléphoniques, E-mail, Boite Postale).

.....  
.....  
.....

**VI. DESCRIPTION DU PROJET**

Une fiche descriptive du projet à joindre (3 pages maximum) comprenant :

- **La superficie** (du terrain, de l'établissement)
- **Le plateau technique** (bâtiment, équipements medicotechniques, ressources humaines et paquet d'activités affectées) :
- **La Capacité en lits :**
- **Enoncé détaillé des activités,**
- **Les services (urgence, médecine générale, pédiatrie, tout autre service de spécialité, salle d'accouchement, bloc opératoire, salle d'imagerie, laboratoire d'analyses médicales, salle de soins intensifs, pharmacie, soins infirmiers...)**
- **Ressources Humaines**

Nombre :  
 Personnel administratif et technique  
 Personnel soignant par corporation  
 Nombre total de personnel de l'établissement

Liste nominative :  
 Numéro d'inscription à l'Ordre national ou au Conseil National de tout le personnel soignant  
 Liste du personnel résidant (nom, prénoms, qualification et fonction dans l'établissement)  
 Liste du personnel vacataire (nom, prénoms, qualification et fonction)  
 Liste du personnel journalier (nom, prénoms qualification et fonction)

- **Matériel et des équipements**

Listes (y compris unité mobile et ambulance...)  
 .....  
 .....

**NB : Pour le suivi des dossiers : personne désignée :**  
**Nom et prénoms, fonction, contacts portable, WhatsApp et fixe, adresse email**

.....  
.....  
.....

**Date :**

**Promoteur/ Propriétaire**  
Nom, prénom

.....

Signature  
Précédée de la mention « certifié sincère »