

DIRECTION DES ETABLISSEMENTS PRIVES ET DES PROFESSIONS SANITAIRES (DEPPS)

ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

DEMANDE D'AUTORISATION D'OUVERTURE ET D'EXPLOITATION : Etablissements Médicaux

FICHE TECHNIQUE

- Décret n°96-877 du 25 octobre 1996 portant classification, définition et organisation des établissements sanitaires privés
- Loi N°2019-677 du 23 juillet 2019 portant orientation de la politique de sante publique en côte d'ivoire
- Loi N°2024-240 du 24 avril 2024 portant exercice de la médecine
- Décret N°2024-855 du 30 septembre 2024 fixant conditions d'installation et d'exploitation des acteurs de santé dans le secteur privé et les règles relatives au contrôle des établissements privés
- 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
- Décret N°2024-855 du 30 septembre 2024 fixant conditions d'installation et d'exploitation des acteurs de santé dans le secteur privé et les règles relatives au contrôle des établissements privés
- Décret portant organisation des transports sanitaires terrestres, aériens et maritimes.

La demande d'autorisation d'ouverture et d'exploitation d'un établissement sanitaire privé est adressée par courrier 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 (DEPPS), visant à vérifier la conformité d'exploitation selon le niveau d'intervention agréé, à contrôler la conformité des locaux, des installations et des équipements aux normes et réglementations en vigueur, les ressources humaines, les services

Ainsi, après les différentes étapes d'examen de la fiche technique, du dossier et de la visite **de conformité**.

- la fiche technique est à renseigner afin de confirmer ou infirmer les informations données précédemment. Elle est signée par le promoteur/propriétaire qui déclare son identité.
- une attestation de conformité d'exploitation est délivrée en complément du dossier correctement constitué **et après visite**.
- Et enfin un arrêté ministériel portant **autorisation d'ouverture et d'exploitation**

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

District Sanitaire :

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

Précision de la nature de l'établissement : médicale ☐

Préciser le niveau d'intervention :

Page 1 sur 4

MSHPCMU/DGS/Direction des Etablissements Privés et des Professions Sanitaires
DEPPS/BP16/secretariatdeps2@gmail.com /tel (225) 07 87 58 90 25/ Fixe 27 20 22 83 34 /-Sous-direction du Guichet
 des Agréments des Entreprises Sanitaires Privées/guichetagrementdepps@gmail.com / tél (225) 01 71 73 71 38/
 Fixe 27 20 32 46 32/

Polyclinique ☐ Institut ☐ clinique ☐ centre médical ☐ Centre médical spécialisé ☐ Centre de dialyse ☐
 Centre de diagnostic médical ☐ Centre d'ophtalmologie ☐ Centre d'imagerie médicale ☐ Centre de
 médecine nucléaire ☐ Centre de radiothérapie ☐ Centre de chimiothérapie ☐ Centre d'imagerie
 médicale et d'exploration fonctionnelle ☐ Centre d'exploration fonctionnelle ☐ Centre de médecine
 physique et réadaptation fonctionnelle ☐ Centre odontologique ☐ Cabinet de rééducation et réadaptation
 médicale ☐ Cabinet médical ☐ cabinet dentaire ☐ Cabinet d'expertise médicale ☐ Centre de conseil
 médical et de soins ambulatoires ☐ Centre de gériatrie ☐ Maison de repos ou de convalescence ☐
 Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes ☐ autre ☐ à préciser

.....

I. DENOMINATION ET SITUATION GEOGRAPHIQUE

Préciser sa dénomination :

Son adresse postale, adresse email et contacts téléphoniques (fixe, WhatsApp et autre), site web.....

.....

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

.....

.....

III. PROMOTEUR/PROPRIETAIRE

- ☐ **Personne physique : préciser nom, prénoms, profession, contacts et N° d'inscription à l'Ordre ou Conseil National de la profession concernée**
 Masculin ☐ féminin ☐

- ☐ **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
 Masculin ☐ Féminin ☐

.....

.....

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 d'existence de l'Etablissement et le renouvellement de l'arrêté

IV. RESPONSABLE TECHNIQUE DE SANTE

Il est le **responsable médico-technique** de la structure et coordonne l'action de santé
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 deux (02) photos couleur du même tirage.
Nom, prénom, profession, numéro d'inscription à l'Ordre National ou au Conseil National, statut
administratif, contacts (téléphoniques, E-mail, Boite Postale).

V. DESCRIPTION DE LA STRUCTURE

Une fiche descriptive de la structure à joindre et à signer par le promoteur comprenant :

a-Deux (02) page maximum :

- La superficie (terrain, l'établissement)
- Le plateau technique
- Bâtiment
- Les salles
- La Capacité en lits le cas échéant :
- Totalité :
 - Lit(s) de mise en observation :
 - Lits d'hospitalisation :
 - Lits des urgences
 - Lits de soins intensifs
 - Lits de réveil :
 - Lits de suite de couche :

b-Deux (02) page(s) maximum :

- Enoncé détaillé des activités et des services
- 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...)

c-Deux à trois page(s)

- Ressources Humaines détaillé (nom et prénom, numéro d'inscription à l'ordre)

Nombre **du personnel de l'établissement/profession/fonction** :

Personnel administratif et technique

Personnel soignant par corporation

Personnel résident (nom et prénom, numéro d'inscription à l'ordre)

Personnel vacataire (nom et prénom, numéro d'inscription à l'ordre)

Liste nominative :

Numéro d'inscription à l'Ordre national ou au Conseil National de tout le personnel soignant

Liste du personnel résident (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)

Le planning des consultations médicales et des activités paramédicales :

Jour et heure des consultations médicales des médecins identifiés

Programme des infirmiers/sage-femmes/techniciens

d'une à deux page(s)

- Matériel et équipements médico techniques
Listes (y compris unité mobile et ambulance...)

Disposer obligatoirement d'un autoclave ☐

Disposer de poubelle à pédale et à couvercle avec sachet plastique à l'intérieur ☐

Disposer d'extincteur (s) révisé(s) ☐

Disposer d'un plan stratégique pour la gestion de déchets sanitaires à risque et assimilés aux ordures ménagères ☐

Disposer d'un contrat de gestion des déchets lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

Disposer d'un contrat de gestion du linge lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

Disposer d'un contrat de restauration lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

Disposer d'un contrat d'ambulance lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

Disposer d'un contrat de stérilisation lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

Disposer d'un avis favorable de l'ARSN lorsque l'établissement dispose d'un service d'imagerie médicale ☐

NB : Pour le suivi des dossiers : personne désignée :

Nom et prénoms, fonction, contacts portable, WhatsApp et fixe, adresse email, Copie CNI

.....
.....

Au vu de la fiche technique renseignée et signée des éléments peuvent être sollicités.

Date :

Promoteur/PDG/DG/Gérant

Nom, prénom

.....

.....

Signature

Précédée de la mention « certifié sincère »

Page 4 sur 4