

ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

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

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 : paramédicale ☐

.....

Préciser le niveau d'intervention :

Centre de masso-kinésithérapie ☐ Centre d'activité physique adaptée à la santé ☐ Centre d'appareillage orthopédique ☐ Cabinet de masso-kinésithérapie ☐ Cabinet de soins infirmiers ☐ Cabinet d'opticien-lunetier ☐ Cabinet d'opticien optométriste ☐ Cabinet de soins maternel, néonatal et infantile ☐ Maternité ☐ Cabinet d'audioprothèses ☐ Cabinet de podologie ☐ Cabinet d'orthophonie ☐ Cabinet

d'ergothérapie ☐ Cabinet d'ostéopathie ☐ Cabinet d'orthoptie ☐ Cabinet de psychothérapie ☐ Cabinet de pédicure-podologue ☐ Cabinet de pédicurie médicale ☐ Cabinet de psychomotricité ☐ Cabinet de diététique ☐ Atelier d'orthèses ☐ Atelier de prothèses dentaires ☐ Etablissements polyvalents d'aide et de soins à domicile ☐ 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

.....

.....

IV. RESPONSABLE TECHNIQUE DE SANTE

Il est le Responsable technique de santé 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,

Page 2 sur 4

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
 - Lit(s) de soins
 - Lit(s) d'accouchement
 - Lit(s) 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 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)

d'une à deux page(s)

- Matériel et équipements médico techniques
- Listes

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 du linge lorsque cette activité est assurée par un prestataire extérieur ☐

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

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/Gérant

Nom, prénom

.....

.....

Signature

Précédée de la mention « certifié sincère »