



MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE  
L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE LA  
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

DIRECTION DES ÉTABLISSEMENTS  
PRIVÉS ET DES PROFESSIONS SANITAIRES

REPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE  
Union-Discipline Travail



0536

N° \_\_\_\_\_ /MSHPCMU/CAB/DGS/DEPPS/yjj

Abidjan, le 02 AVR 2024

A

Mesdames/Messieurs  
les Promoteurs / Propriétaires des  
Établissements Sanitaires Privés

ABIDJAN

Objet : Recensement des arrêtés d'autorisation  
sans limite de date de validité

Mesdames/Messieurs,

Le Ministère de Santé de l'Hygiène Publique et de la Couverture Maladie Universelle (MSHPCMU) procède à la publication annuelle de la liste des Établissements sanitaires privés (ESPr) autorisés dans le cadre de l'Opération zéro 'clinique' illégale d'ici 2025.

A cet effet, le MSHPCMU informe les Promoteurs/Propriétaires des ESPr détenteur d'un **arrêté d'autorisation sans limite de date de validité**, à se faire connaître à la Sous-Direction du Guichet des Agréments des Établissements Sanitaires de la DEPPS, afin de les enregistrer sur la liste des ESPr autorisés pour l'année 2024.

Le MSHPCMU compte sur chacun des promoteurs et Propriétaires pour la bonne réussite de cette opération de recensement des ESPr détenteurs des arrêtés d'autorisation sans limite d'âge de validité.

Soyez assurés, Mesdames/Messieurs, de ma considération distinguée.



Dr Marie-Josèphe BITTY



**RECENSEMENT DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES AYANT UN ARRETE  
D'AUTORISATION SANS LIMITE DE DATE DE VALIDITE**

**I. DESCRIPTION DU DOCUMENT D'AUTORISATION**

Arrêté N°.....

Date de signature de l'arrêté : .....

Décret N°.....

Date de signature du décret : .....

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

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

Nature de l'établissement: Médicale.....Paramédicale.....Médecine traditionnelle.....Médecine alternative / complémentaire.....  
Autre à préciser.....

Préciser le niveau d'intervention : Polyclinique ..... clinique ..... Centre médical..... Cabinet dentaire..... Maternité .....  
Autres à préciser.....

**III. DENOMINATION**

.....

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

**IV. SITUATION GEOGRAPHIQUE**

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

**V. 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 .....

**VI. RESPONSABLE MEDICOLEGAL :**

Directeur Médical Scientifique(DMS), Directeur Médical (DM) ou Responsable technique Paramédical (RTParaM) : Nom, prénom, profession, numéro d'inscription à l'Ordre National ou au Conseil National, statut administratif, contacts (téléphoniques, E-mail, Boîte Postale).....  
.....

Date :

Promoteur / Propriétaire  
Nom, prénom

.....  
Signature

Précédée de la mention « certifié sincère »