

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS

**Arrêté du 23 septembre 2010 fixant la composition du dossier à fournir pour l'examen des demandes présentées par les titulaires de titres de formation obtenus dans la province de Québec en vue de l'exercice en France de la profession de pharmacien**

NOR : SASH1016085A

La ministre de la santé et des sports,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 4221-7 et D. 4221-14-1,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le formulaire de demande d'autorisation d'exercice, mentionné à l'article D. 4221-14-1 du code de la santé publique, figure en annexe 1 du présent arrêté.

**Art. 2.** – Pour la constitution de leur dossier, les candidats à l'autorisation d'exercice doivent fournir les pièces justificatives suivantes :

1° Le rapport de stage d'évaluation dûment complété et comportant :

a) Si le stage est réalisé en officine : un rapport d'évaluation du stage rempli par le maître de stage et une fiche d'évaluation de stage remplie par le stagiaire, dont les modèles figurent en annexe 2 ;

b) Si le stage est réalisé dans un établissement public de santé : un rapport d'évaluation du stage rempli par le pharmacien chef de service, dont le modèle figure en annexe 3 ;

2° Une copie du titre de formation délivré par une université québécoise en vue de l'exercice de la profession de pharmacien ;

3° Une attestation d'inscription à l'ordre québécois datant de moins de trois mois ;

4° Une copie du permis d'exercice ;

5° Une attestation de l'ordre québécois confirmant l'absence de sanctions disciplinaires ou pénales ainsi qu'une déclaration sur l'honneur du demandeur certifiant qu'à sa connaissance aucune instance pouvant donner lieu à condamnation ou sanction et être susceptible d'avoir des conséquences sur son inscription à l'ordre n'est en cours à son encontre ;

6° Une attestation de l'ordre québécois portant sur la nature et la durée de l'expérience pertinente du demandeur au cours des cinq dernières années précédant la demande d'autorisation d'exercice dans une officine ou un établissement public de santé, à moins d'avoir été soumis au processus d'actualisation prévu au Québec. Cette attestation n'est pas exigée pour les jeunes diplômés ;

7° La copie d'une pièce d'identité.

**Art. 3.** – La directrice générale de l'offre de soins est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 23 septembre 2010.

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale  
de l'offre de soins,*

A. PODEUR

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE DEMANDE

D'AUTORISATION MINISTÉRIELLE D'EXERCICE

(articles L.4221-7 et D.4221-14-1 à D.4221-14-5 du code de la santé publique)

*Etat civil*

M.  Mme  Mlle

Nom de famille :

.....

Nom d'épouse :

.....

Prénom :

.....

Date de naissance : ..... Ville : .....

Nationalité : .....

*Coordonnées*

Adresse personnelle : .....

Ville : ..... Code postal : .....

Téléphone : ..... Portable : .....

Mél : .....

*Diplôme*

Intitulé du diplôme :

.....

Date d'obtention :

.....

Délivré par :

.....

*Autres diplômes, titres et certificats*

INTITULÉ	DATE	UNIVERSITÉ

*Exercice professionnel : fonctions exercées*

NATURE	LIEU ET PAYS	PÉRIODE

Projet professionnel :

Date : .....

Signature :

## ANNEXE 2

RAPPORT D'ÉVALUATION DU STAGE D'ADAPTATION EN OFFICINE  
POUR LA PROFESSION DE PHARMACIEN**FICHE D'APPRECIATION DE STAGE**

(A remplir par le maître de stage)

Nom :  
Prénom :OFFICINE : Nom du Pharmacien :                      Cachet de la pharmacie :  
Maître de stage :  
Adresse :  
 Courriel :

Appréciation du maître de stage (mettre une croix dans la case retenue)	Médiocre	Moyen	Bien	Très Bien
Aptitude professionnelle				
Sens pratique				
Esprit d'initiative				
Qualité de la dispensation des médicaments				
Qualité du conseil				
Éducation pour la santé et rôle social				
Comportement vis-à-vis de l'équipe officinale				
Comportement vis-à-vis des autres professionnels				
Présentation et tenue				
Exactitude et assiduité				

Par ses qualités et par ses connaissances, votre stagiaire a-t-il apporté à l'officine

Beaucoup       Un peu   
Moyennement       Rien 

Après validation du stage, prendriez-vous votre stagiaire

Comme adjoint    Oui       Non   
Comme remplaçant    Oui       Non 

Commentaires :

Date : .....

Signature :

A retourner au Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens, Direction de l'Exercice  
Professionnel : Fax : 01.56.21.35.29

**STAGE D'ADAPTATION EN OFFICINE  
POUR LA PROFESSION DE PHARMACIEN**

## FICHE D'ÉVALUATION DE STAGE

*(A remplir par le stagiaire)*

### A - FICHE D'IDENTITÉ

*MAITRE DE STAGE*

NOM :

Adresse :

*STAGIAIRE*

NOM :

Adresse :

Dates du stage :

### B - PARTICIPATION AUX ACTIVITÉS DE L'OFFICINE

	<i>Pas du tout</i>	<i>Insuffisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Très bien</i>
Homéopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Plantes médicinales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthopédie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmacie vétérinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diététique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dermopharmacie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres (à préciser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### C - MOYENS TECHNIQUES MIS A VOTRE DISPOSITION

	<i>Pas du tout</i>	<i>Insuffisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Très bien</i>
Documentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matériel pour préparation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Matières premières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### D - ACTIVITÉS DU STAGIAIRE

#### 1) Dispensation

	<i>Pas du tout</i>	<i>Insuffisant</i>	<i>Satisfaisant</i>	<i>Très bien</i>
▪ Ordonnance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
▪ Conseil de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Préparations magistrales et officinales

*Pas du tout    Insuffisant    Satisfaisant    Très bien*

                                                                

3) Préparation à l'examen de stage

*Pas du tout    Insuffisant    Satisfaisant    Très bien*

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Encadrement   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Préparation au commentaire d'ordonnance                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Réalisations de préparations peu courantes                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Identifications de substances chimiques, produits galéniques, plantes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4) Participation à des réunions d'information techniques et professionnelles

*Pas du tout    Insuffisant    Satisfaisant    Très bien*

                                                                

**E - INITIATION A LA GESTION D'UNE OFFICINE**

*Pas du tout    Insuffisant    Satisfaisant    Très bien*

- |                           |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Informatique              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Caisse                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Commandes                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gestion du stock          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Procédure de suivi avec : |                          |                          |                          |                          |
| ▪ Grossistes              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Caisses et mutuelles    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Comptable               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Banques                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**F – RELATIONS**

*Pas du tout    Insuffisant    Satisfaisant    Très bien*

- |                                 |                          |                          |                          |                          |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Avec le maître de stage         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Avec le personnel de l'officine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**G - APPRECIATION PERSONNELLE**

Travailleriez-vous chez votre maître de stage si l'occasion vous en était donnée ?

Comme adjoint      oui                       non

Comme remplaçant      oui                       non

**H – COMMENTAIRES**

Date : .....

Signature :

**ANNEXE 3****RAPPORT D'ÉVALUATION DU STAGE HOSPITALIER D'ADAPTATION POUR  
LA PROFESSION DE PHARMACIEN**

*(A remplir par le pharmacien chef de service)*

**Nom et prénom du candidat :**

**Affectation :**

**Notation :** à préciser au regard de chaque rubrique ci-dessous

A : très bon  
B : bon  
C : moyen  
D : insuffisant

**I. - Compétences pharmaceutiques :**

- connaissances théoriques :
- connaissances pratiques :
- aptitude au contrôle des prescriptions :  
*(analyse pharmaceutique des ordonnances)*
- développement d'une démarche d'assurance qualité :
- connaissance de la réglementation sanitaire particulièrement dans le domaine pharmaceutique :
- qualité d'organisation du travail :
- présentation orale de dossiers :

**II. – Intégration dans l'équipe de la pharmacie à usage intérieur (PUI) et dans les équipes médicales de l'établissement :**

- aptitude au travail en équipe au sein du service (PUI) et dans l'établissement :
- respect des protocoles de soins et d'hygiène :

- respect des règles d'organisation du service (PUI) :
- tenue et comportement :
- assiduité et ponctualité :

### **III. – Capacités relationnelles :**

- avec les patients :
- avec les médecins et l'équipe de la PUI :
- avec le personnel non médical :

### **IV. – Formation complémentaire :**

- diplômes acquis :
- actions de formation continue suivies :

### **V. – Autres observations :**

### **Appréciation du Chef de service :**

Date :

Qualité du signataire :

Signature :