



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ,
*en charge de la prévention
et de la protection sociale généralisée*

N° **003281** / MSP / ARASS-mvb

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE

Papeete, le **17 NOV. 2025**

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea
'e te Turuuta'a*

La directrice p.i.

Affaire suivie par :
BPC : syo

à

Monsieur de président du conseil de l'ordre des pharmaciens de Polynésie française
ordredespharmaciens@mail.pf

Madame la présidente du syndicat des pharmaciens de Polynésie française
syndicatsppf@gmail.com

Objet : Prolongation délais pour justifier et s'enregistrer en tant qu'« *auxiliaire en pharmacie* »
ou « *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* »

Réf. : – Délibération n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 modifiée relative à certaines dispositions
concernant l'exercice de la pharmacie
– Loi du pays n° 2022-33 du 23 août 2022 modifiée portant modifications des dispositions
concernant l'exercice de la pharmacie
– Loi du pays n° 2025-30 du 13 octobre 2025 portant prolongation des mesures transitoires
applicables aux auxiliaires en pharmacie

P. J. : 3 formulaires

Madame, Monsieur,

La loi du pays n° 2025-30 du 13 octobre 2025 portant prolongation des mesures transitoires
applicables aux auxiliaires en pharmacie est venue prolonger les délais prévus dans la loi du Pays
n° 2022-33 du 23 août 2022 portant modifications des dispositions concernant l'exercice de la
pharmacie pour justifier et s'enregistrer en tant qu'« *auxiliaire en pharmacie* » ou « *employé en
pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* ».

Ont été prolongés les délais :

- pour justifier de la nature et de la durée de l'activité exercée pour pouvoir être recensé
et s'enregistrer auprès de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) en
tant qu'« *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances
pharmaceutiques* » : **nouvelle date limite = 28 février 2026 ;**
- pour tout « employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances
pharmaceutiques » pour justifier des deux années d'exercice en pharmacie en équivalent
temps plein et de la formation prévue, ainsi que s'enregistrer auprès de l'Agence de
régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) en qualité d'« *auxiliaire en
pharmacie* » : **nouvelle date limite = 1^{er} juin 2028.**

Ainsi, les employés en pharmacie qui répondaient aux conditions pour pouvoir être recensés ou enregistrés en tant qu'« *auxiliaire en pharmacie* » ou « *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* » par la loi du pays n° 2022-33 du 23 août 2022, à sa date d'entrée en vigueur le 23 août 2022 peuvent déposer leur dossier de demande auprès de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS).

Le dossier de demande d'enregistrement en tant qu'« *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* » doit comporter :

1. Formulaire n° 1 : demande du requérant en vue d'être « *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* » ;
2. Pièce d'identité (acte de naissance, passeport ou carte d'identité) ;
3. Formulaire n° 2 : attestation du pharmacien justifiant que le requérant a effectué au moins deux années de service effectif en pharmacie en équivalent temps plein avant le 23 août 2022 ;
4. Formulaire n° 3 : si besoin, procuration donnée à un tiers (avec identification du tiers).

Date limite d'enregistrement : jusqu'au 28 février 2026.

Toute personne qui ne respectera pas ses conditions au 1^{er} mars 2026, devra immédiatement cesser d'exercer les fonctions d'auxiliaire en pharmacie.

Les demandes d'enregistrement en tant qu'« *auxiliaire en pharmacie* » devront être complétée par :

1. Formulaire n° 2 : attestation du pharmacien justifiant que le requérant a effectué au moins deux années de service effectif en pharmacie en équivalent temps plein, **dans les fonctions d'auxiliaire en pharmacie** ;
2. Justificatif de suivi de la **formation d'auxiliaire en pharmacie délivrée par le Conseil de l'ordre des pharmaciens de la Polynésie française** (COPPF).

Complément du dossier : avant le 1^{er} juin 2028.

Toute personne « *employé en pharmacie en cours d'acquisition des connaissances pharmaceutiques* » qui ne sera pas enregistrée en qualité d'« *auxiliaire en pharmacie* » au 1^{er} septembre 2028 devra immédiatement cesser d'exercer les fonctions d'auxiliaire en pharmacie.

Le présent courrier et les formulaires sont disponibles sur :

<https://www.service-public.pf/arass/enregistrement-de-la-qualite-dauxiliaire-en-pharmacie>.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le ministre et par délégation,



Caroline GREPIN



MINISTERE
DE LA SANTE,
*en charge de la prévention
et de la protection sociale généralisée*

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea
'e te Turuuta'a*

Affaire suivie par :
BPC : syo

FORMULAIRE N° 1**DEMANDE DU REQUERANT EN VUE D'ÊTRE ***

- ☐ EMPLOYÉ EN PHARMACIE EN COURS D'ACQUISITION DES CONNAISSANCES PHARMACEUTIQUES
☐ AUXILIAIRE EN PHARMACIE

Je soussigné(e) :

NOM	Prénom(s)
NOM Marital (s'il y a lieu)	
Né(e) le	à
Employé(e) à	
Titulaire du diplôme, certificat, ou autre titre professionnel : <i>(Joindre toute justification)</i>	

	Coordonnées personnelles	Coordonnées professionnelles
Adresse postale		
Téléphone/Portable		
Messagerie (Courriel)		

1/ Justifie avoir effectué, **DANS LES FONCTIONS D'AUXILIAIRE EN PHARMACIE** :

☐ **(plus de)** > deux ans de service effectif en pharmacie (en équivalent temps plein)

☐ **(moins de)** < deux ans de service effectif en pharmacie (en équivalent temps plein)

Au sein de la structure	Durée	Durée cumulée
<i>Joindre toute justification (Attestation du pharmacien, contrat de travail, bulletin de salaire, attestation de la caisse de prévoyance sociale, etc.)</i>		

Formulez vos compléments d'information au verso du présent formulaire

2/ Atteste avoir suivi la formation d'auxiliaire en pharmacie délivrée par le COPPF :

Titre de la formation effectuée	Dates de la formation	Note
<i>Joindre la justification du Conseil de l'Ordre des pharmaciens de la Polynésie française</i>		

Fait à _____, le _____

Signature

* Cocher les cases correspondantes à la déclaration



MINISTERE
DE LA SANTE,
*en charge de la prévention
et de la protection sociale généralisée*

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea
'e te Turuuta'a*

Affaire suivie par :
BPC : syo

FORMULAIRE N° 2

☐ ATTESTATION DU PHARMACIEN JUSTIFIANT QUE LE REQUERANT A EFFECTUE
AU MOINS DEUX ANNEES DE SERVICE EFFECTIF EN PHARMACIE EN EQUIVALENT TEMPS PLEIN

Je, soussigné(e), *

☐ Mme / ☐ M. / ☐ Dr _____, pharmacien

N° enregistrement ARASS	N° inscription COPPF	N° identification CPS
_____	_____	_____

☐ titulaire/responsable ☐ gérant ☐ remplaçant du titulaire/responsable/gérant

☐ adjoint obligatoire ☐ adjoint ☐ remplaçant d'adjoint

Structure pharmaceutique suivant : *(tampon)*

☐ officine ☐ PUI ☐ établissement pharmaceutique

atteste que ☐ Mme / ☐ M. _____ employé en pharmacie,
né(e) le _____ à _____

titulaire du ☐ CAP Aide-préparateur en pharmacie ☐ CAP Employé en pharmacie

☐ MC au CAP Employé en pharmacie ☐ Diplôme d'adjoint technique de santé « APP »

☐ Autre diplôme ☐ Sans diplôme

a effectué en service effectif en pharmacie en équivalent temps plein, dans les fonctions
d'auxiliaire en pharmacie, dans ma structure et sous mon contrôle

☐ **AU MOINS DEUX ANNEES (>)**

☐ **MOINS DE DEUX ANNEES (<)**

☐ à temps complet

☐ à temps partiel

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

du _____ au _____

Formulez vos compléments d'information au verso du présent formulaire

Correspondant dans les fonctions d'auxiliaire en pharmacie, en équivalent temps pleins, à :
_____ an, _____ mois, _____ jours.

Fait à _____, le _____

Signature

* Cocher les cases correspondantes à la déclaration



MINISTERE
DE LA SANTE,
*en charge de la prévention
et de la protection sociale généralisée*

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION
SANITAIRE ET SOCIALE

*Piha 'Ohipa no te Matutura'a 'o te Ea
'e te Turuuta'a*

Affaire suivie par :
BPC : syo

FORMULAIRE N° 3
PROCURATION

Je soussigné(e) :

NOM NOM Marital (s'il y a lieu) <i>(Joindre toute justification)</i>	Prénom(s)
Né(e) le	à

Donne procuration pour agir en mon nom concernant ma demande

☐ à la personne physique suivante :

☐ à la personne morale suivante :

NOM NOM Marital (s'il y a lieu) <i>(Joindre toute justification)</i>	Forme juridique <i>(Joindre toute justification)</i>
Prénom(s)	Dénomination
Né(e) le	NOM du gérant NOM Marital (s'il y a lieu)
à	PRENOM du gérant

* Cocher les cases correspondantes à la déclaration

Fait à _____, le _____
Signature