

MINISTÈRE DE LA SANTE, en charge de la prévention

Nº 000200

/ MSP / ARASS

AGENCE DE REGULATION DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

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

Le directeur

Affaire suivie par : BAA : Patricia ERHHART Papeete, le 0 2 FEV. 2021

à

Destinataires in fine

Objet : Nouvelle procédure relative à l'enregistrement des diplômes des professions de santé.

<u>P. J.</u>: Un formulaire de demande d'enregistrement de diplôme(s).

Mesdames, Messieurs,

Par la présente, je vous informe qu'à compter du **lundi 1**^{er} **février 2021**, une nouvelle procédure relative à l'enregistrement des diplômes des professions de santé, a été mise en place au sein de l'ARASS. Cela impliquera un changement d'horaire au niveau de l'accueil des professionnels de santé, sans rendez-vous, au 2^{ème} étage de l'immeuble LO, à savoir :

Les mardis et jeudis, de 8 h 00 à 11 h 00.

De plus, les professionnels de santé pourront effectuer leur démarche (téléchargement du formulaire) à partir de notre site internet à l'adresse : https://www.service-public.pf/arass/enregistrement-de-diplomes/. Ce formulaire devra être pré-rempli depuis un outil informatique (ordinateur), imprimé et signé, accompagné des pièces justificatives demandées. La réception de leur demande sera simplifiée, leurs pièces pourront être réceptionnées par courrier postal, par courrier électronique et par dépôt dans le casier prévu à cet effet au rez-de-chaussée du bâtiment. Tout dossier incomplet sera refusé et devra être compléter par la suite.

En vous remericant de votre collaboration, je vous prie d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de ma considration distinguée.

LA PO par le Ministre et par délégation,

Agence de Régulation de l'Action Sanitaire et Sociale

TAHIT

Pierre FREBAULT

Destinataires in fine

- Madame la Directrice de la santé;
- Madame la directrice du Centre hospitalier de la Polynésie française ;
- Monsieur le directeur des cliniques Cardella et Mamao ;
- Monsieur le directeur de la clinique Paofai ;
- Madame la directrice du Centre de rééducation fonctionnelle Te tiare ;
- Monsieur le Président du Conseil de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;
- Madame la Présiente du Conseil de l'ordre des infirmiers(ères) ;
- Monsieur le Président du Conseil de l'ordre des médecins ;
- Monsieur le Président du Conseil de l'ordre des pharmaciens ;
- Madame la Présidente du Conseil de l'ordre des sages-femmes ;
- Monsieur le Directeur de la Caisse de prévoyance sociale ;
- Monsieur le Président du syndicat des médecins libéraux de Polynésie française ;
- Monsieur le Président du syndicat des médecins généralistes de Polynésie française ;
- Monsieur le Président du syndicat des infirmiers libéraux de Polynésie française ;
- Monsieur le Président du syndicat des chirurgiens-dentistes libéraux de Polynésie française ;
- Madame la Présidente du syndicat des spécialités en orthopédie donto-faciale de la Polynésie française ;
- Monsieur le Président du syndicat des masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs de la Polynésie française ;
- Monsieur le Président de l'organisation professionnelle des masseurs-kinésithérapeutes de Tahiti et des archipels de Polynésie française ;
- Madame la Présidente du syndicat des orthophonistes de Polynésie française ;
- Madame la Présidente du syndicat des pharmaciens des îles et de Tahiti ;
- Madame la Présidente du syndicat des pharmaciens de Polynésie française ;
- Madame la directrice de Fenua Medex Polynésie;
- Monsieur le directeur de l'Institut Louis Malardé;
- Monsieur le directeur de Europ Assistance Océanie ;
- Madame la directrice de l'association Apair-Apurad;
- Monsieur le directeur d'Isis Polynésie :
- Messieurs les gérants de la société SSRP.



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT DE DIPLÔME(S)

<u>DIPLÔME, CERTIFICAT, TITRE PROFESSIONNEL OU AUTORISATION D'EXERCICE DE LA PROFESSION</u>

Les informations que vous communiquez dans ce document serviront à établir les listes des praticiens et des professionnels de santé. Tout défaut de réponse ou une réponse sciemment inexacte aux informations obligatoires peut entraîner l'application d'une amende administrative.

.		
♦ PROFESSIONNELS MÉDICAUX et PHAI	RMACEUTIQUES	
☐ Chirurgien-dentiste	☐ Médecin-biologiste¹	☐ Pharmacien-biologiste ¹
Médecin	☐ Pharmacien	☐ Sage-femme
♦ PROFESSIONNELS PARAMÉDICAUX et	USAGERS DE TITRE PROFESSIONNEL	
☐ Aide-soignant	☐ Diététicien	Orthoptiste
☐ Aide-soignant territorial	☐ Ergothérapeute	☐ Ostéopathe ²
Adjoint de soins	☐ Hygiéniste dentaire	Pédicure-Podologue
Adjoint de soins territorial	☐ Infirmier	☐ Psychomotricien
Adjoint de soins psychiatrique territorial	☐ Infirmier de secteur psychiatrique	☐ Préparateur en pharmacie
☐ Audio-prothésiste	☐ Manipulateur d'électroradiologie médicale²	Préparateur en pharmacie hospitalière
☐ Auxiliaire de puériculture	☐ Masseur-kinésithérapeute	☐ Puéricultrice
☐ Opticien-lunetier ²	☐ Technicien de laboratoire²	☐ Chiropracteur ²
☐ Orthophoniste	Autre:	
♦ PROFESSIONNELS SANS OBLIGATION	D'ENREGISTREMENT DE DIPLÔME, CERT	TIFICAT, TITRE ou AUTORISATION
☐ Cadre de Santé	☐ Infirmier territorial	Auxiliaires d'éducation sanitaire
Cadre, Moniteur, Surveillant	☐ Aide-laborantin	☐ Inspecteur-adjoint d'hygiène
☐ Infirmier anesthésiste diplômé d'État	☐ Aide-manipulateur d'électroradiologie	Aide-instrumentiste
☐ Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État	☐ Aide-préparateur en pharmacie	Aide-opératoire
		- ·
	<u>ÉTAT CIVIL</u>	
Civilité :	Madame	Monsieur
Nom de naissance :	. Nom marital :	Prénom:
Date de naissance :	Lieu de naissance :	Département :
Nationalité :	Française	Étrangère, précisez :
	. Code postal :	
•	•	. Commune
	Tálánhana (Damiaila)	Tálánhana nortabla (Vini)
-	. Téléphone (Domicile) :	
-	Langues parlées :	
-	_	
-	Langues parlées :	
Mail:	Langues parlées :	
Mail :	Langues parlées :	re précédent :
Mail: Première année d'activité diplômée: Situation professionnelle: Salarié Inactif	Langues parlées :	re précédent :
Mail: Première année d'activité diplômée: Situation professionnelle: Salarié Inactif TITRE	Langues parlées :	re précédent :
Mail: Première année d'activité diplômée: Situation professionnelle: Salarié Inactif TITRE(Diplôme autorisant l'exercice ³ :	Langues parlées :	re précédent :
Mail: Première année d'activité diplômée: Situation professionnelle: Salarié Inactif TITRE(Diplôme autorisant l'exercice ³ : Numéro du diplôme:	Langues parlées : SITUATION PROFESSIONNELLE Département ou territoi Libéral Retraité S) ET QUALIFICATION(S) PROFESSION Date d'obtention :	re précédent :
Mail:	Langues parlées :	re précédent :
Mail: Première année d'activité diplômée: Situation professionnelle: Salarié Inactif TITRE(Diplôme autorisant l'exercice ³ : Numéro du diplôme:	Langues parlées :	re précédent :
Mail:	Langues parlées :	re précédent :
Mail:	Langues parlées : SITUATION PROFESSIONNELLE Département ou territoi Libéral Retraité S) ET QUALIFICATION(S) PROFESSION Date d'obtention : Union européenne	re précédent :

 $^{^1}$ Ne sont pas enregistrés : Vétérinaire, Vétérinaire-biologiste.

² <u>Ne sont pas enregistrés</u>: Assistant dentaire, Aide médico-psychologique, Ambulancier, Audioprothésiste, Physicien médical, Prothésistes et Orthésistes pour l'appareillage des personnes malades ou atteintes d'un handicap (Épithésiste, Oculariste, Orthopédiste-orthésiste, Orthoprothésiste, Podo-orthésiste), Prothésiste dentaire, Psychologue, Psychothérapeute.

Psychologue, Psychothérapeute.

³ Si le diplôme est une copie, transmettre l'inscription ou la radiation à l'un des ordres professionnels national ou polynésien (chirurgien-dentiste, infirmier, médecin, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, pharmacien, sage-femme)

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXERCÉES

Remplissez les cadres correspondant à vos activités Cochez d'une croix votre activité principale à laquelle vous consacrez, actuellement, le plus de temps

ACTIVITÉS LIBÉRALES				
☐ REMPLAÇANT EXCLUSIF (ne rem	plissez aucun des cadres ci-dessous) Da	te de de	ébut:	
❖ EXERCICE EN CABINET	De groupe		☐ Individuel	
Nom ou raison sociale :			Date d'installation :	
Adresse professionnelle :				
Adresse personnelle (sans cabinet): Comm	nune:		Code postal :	
•			N° TAHITI de la société :	
Société d'exercice SEL			Autre	
CABINET SECONDAIRE:		• • • • • • • • • • • • • • • • • • • •		
	ACTIVITÉS SALARIÉES			
* EXERCICE EN ÉTABLISSEMENT	DE SOINS (public ou privé)			
Nom ou raison sociale :			Date de prise de fonction :	
			Date de fin de fonction :	
Boîte postale :	-			
Téléphone (Bureau):			Télécopie :	
Mail:		•••••	N° TAHITI de la société :	
❖ AUTRE EXERCICE SALARIE				
			le prise de fonction :	
Adresse géographique :				
_	_		nune:	
_			opie :	
Mail:		N° TA	AHITI de la société :	
* ACTIVITÉS INDÉPENDANTES				
Nom ou raison sociale :		Date of	le prise de fonction :	
Adresse géographique :				
Boîte postale :	Code postal:	Comn	nune:	
Téléphone (Bureau):	Téléphone portable :	Téléc	opie:	
Mail:		N° TA	AHITI de la société :	
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des re	nseignements fournis dans ce document.			
Date :		Ciana	turo :	
Date:		Signa	ture:	
	CARRE RECEDUE A 1 1 AR AC	7		
	CADRE RESERVE A L'ARASS	5		
Date de réception du dossier initial :				
Numéro d'enregistrement:		Date o	<u>l'enregistrement</u> :	

Vous remerciant du soin que vous prendrez à compléter ce document et vous rappelant que toute modification portant sur les informations communiquées doit être communiquée à l'ARASS.



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ENREGISTREMENT DE DIPLÔME(S)

ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné (e):
Nom : Épouse :
Prénom(s):
Adresse:
Téléphone :
Courriel:
donne procuration pour agir en mon nom concernant ma demande d'enregistrement de diplôme, certificat, titre professionnel et/ou autorisation d'exercice à la personne physique ou à la personne morale suivante :
certifie que la photocopie de mon (mes) diplôme(s) ou mon (mes) attestation(s) de réussite est (sont) bien conforme(s) à l'original que j'ai obtenu ¹ .
demande l' enregistrement provisoire de mon (mes) diplôme(s) ou mon (mes) attestation(s) de réussite pour douze mois et m'engage :
- à fournir l'original de ce(s) diplôme(s) dans les douze mois à venir, faute de quoi l'enregistrement effectué ce jour ne sera plus valable, et
- à justifier dans les meilleurs délais de mon inscription ² à l'ordre de la Polynésie française dont je relève.
demande à recevoir par mail l'enregistrement provisoire de mon(mes) diplôme(s) à l'adresse mentionnée cidessus.
Je prends note que :
- l'enregistrement du diplôme n'ouvre pas droit à lui seul à l'exercice de ma profession de santé ;
 l'enregistrement de mon diplôme sur la « base de données P.S. » en Polynésie française est incompatible avec l'enregistrement de mon diplôme dans un autre département français ou une autre collectivité française;
- tout changement de ma résidence ou de ma situation professionnelle doit être déclaré à l'ARASS.
Date: Signature:

¹ Code pénal – Article 433-17 al. 1. – L'usage, sans droit, d'un titre attaché à une profession réglementée par l'autorité publique ou d'un diplôme officiel ou d'une qualité dont les conditions d'attribution sont fixées par l'autorité publique est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

² Uniquement pour les chirurgiens-dentistes, les infirmiers, les médecins, les pharmaciens et les sages-femmes.