



Service du pharmacien cantonal
Rue Adrien-Lachenal 8
1207 Genève

Obtention d'un droit de pratiquer

Pour demander une autorisation de pratiquer en qualité de :

- pharmacien,
- droguiste,
- optométriste,
- opticien a,
- opticien b,
- spécialiste en analyses médicales,

il convient d'adresser au service du pharmacien cantonal (rue Adrien-Lachenal 8, 1207 Genève) le formulaire "Demande d'autorisation de pratiquer une profession de la santé" dûment complété, daté, signé et accompagné des pièces mentionnées ci-dessous.

Hormis pour les spécialistes en analyses médicales, la demande d'autorisation ne sera prise en compte que si le requérant est préalablement inscrit dans un registre fédéral :

- Pharmacien : MEDREG (www.medregom.admin.ch/FR)
- Droguiste, optométriste, opticien a et b : NAREG (www.nareg.ch)

A Procédure ordinaire

- * Titre(s),
- Curriculum vitae,
- * Certificat médical attestant que la personne ne souffre pas d'affection physique ou psychique incompatible avec la profession envisagée, datant de moins de 3 mois,
- * Extrait du casier judiciaire central (pour les personnes résidant en Suisse : https://www.e-service.admin.ch/crex/cms/content/strafregister/strafregister_fr) ou attestation analogue de l'autorité compétente (pour les personnes résidant à l'étranger), datant de moins de 3 mois,
- * Attestation de connaissance du français; l'attestation doit correspondre au niveau B2, selon le Cadre européen de référence pour les langues du Conseil de l'Europe et dater de moins de 2 ans. La production de cette pièce ne concerne que les personnes ayant obtenu leur titre dans une langue autre que le français. Le pharmacien cantonal peut décider de la conduite d'un entretien.

B Procédure simplifiée (pour les personnes possédant déjà une autorisation de pratiquer dans un autre canton)

- Copie de toutes les autorisations de pratiquer délivrées par d'autres cantons,
- * "Certificate of good standing" datant de moins de 3 mois, attestant la validité de l'autorisation et l'absence de mesures administratives ou disciplinaires (ou procédures en cours visant une telle mesure) établies par les autorités des cantons ayant délivré une autorisation de pratiquer,
- Curriculum vitae,
- * Attestation de connaissance du français selon A, pour les personnes n'ayant pas exercé dans une région francophone.

** Pour les documents précédés d'un astérisque, il convient de présenter les originaux ou des copies certifiées conformes. En cas de doute l'autorité peut demander la fourniture d'autres pièces.*

../..

Les **titres** nécessaires pour demander une autorisation d'exercer sont les suivants :

- **Pharmacien pouvant exercer sous sa propre responsabilité professionnelle** : diplôme fédéral de pharmacien et titre postgrade fédéral ou titres reconnus équivalents par la Mebeko ¹⁾,
- **Pharmacien ne pouvant exercer que sous surveillance, mais avec droit de remplacement** : diplôme fédéral de pharmacien ou titre reconnu équivalent par la Mebeko ¹⁾,
- **Pharmacien ne pouvant exercer que sous surveillance, sans droit de remplacement** : diplôme étranger de pharmacien non reconnu équivalent par la Mebeko ¹⁾,
- **Droguiste** : diplôme de l'école supérieure de droguerie ou titre reconnu équivalent par le SEFRI ²⁾,
- **Optométriste** : bachelor of science HES en optométrie ou titre reconnu équivalent par le SEFRI ²⁾,
- **Opticien a** : diplôme fédéral d'opticien ou titre reconnu équivalent par le SEFRI ²⁾,
- **Opticien b** : certificat fédéral de capacité d'opticien ou titre reconnu équivalent par le SEFRI ²⁾,
- **Spécialiste en analyses médicales** : titre de spécialiste FAMH ou titre reconnu équivalent par l'OFSP (pour les personnes exerçant en chimie clinique, hématologie, immunologie clinique, microbiologie médicale) ou diplôme fédéral de médecin et titre de spécialiste FMH en pathologie ou titre reconnu équivalent par la Mebeko (pour les personnes exerçant en pathologie ou cytologie).

En cas d'acceptation du dossier, une invitation à payer est adressée au requérant. L'autorisation de pratiquer est envoyée après réception du paiement de l'émolument selon le barème suivant :

– pharmacien exerçant sous sa propre responsabilité	900.- francs
– pharmacien exerçant sous surveillance	500.- francs
– Droguiste	500.- francs
– Optométriste	500.- francs
– Opticien a ou b	500.- francs
– Spécialiste en analyses médicales	500.- francs
– Modification pharmacien exerçant sous surveillance à pharmacien exerçant sous sa propre responsabilité	400.- francs
– Modification opticien b en opticien a ou optométriste	160.- francs

-
- 1) Organes de reconnaissance pour les diplômes de pharmaciens : Office fédéral de la santé publique, Commission des professions médicales, 3003 Berne, tél. 058 462 94 83 (formulaire disponible sur : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/berufe-im-gesundheitswesen/medizinalberufe.html),
 - 2) Organes de reconnaissance pour les titres d'opticiens, d'optométristes et de droguistes : Secrétariat d'Etat à la formation, à la recherche et à l'innovation SEFRI, Effingerstrasse 27, 3003 Berne, tél. 058 462 21 29 (formulaire disponible sur : www.sbf.admin.ch/sbf/fr/home/formation/reconnaissance-de-diplomes-etrange.html).

Genève, le 1^{er} juillet 2019

DEMANDE D'AUTORISATION DE PRATIQUER UNE PROFESSION DE LA SANTÉ

Profession

Données personnelles

Nom Sexe F M
Prénom/s Date naissance
Nom de célibataire
Nationalité
Etrangers: Permis de séjour B C Demande de permis en cours
 autres
Code GLN (EAN)*

(*Seulement pour les professions médicales universitaires (www.refdata.ch); si vous ne disposez pas d'un code GLN (EAN), veuillez vous adresser à l'Office fédéral de la santé publique)

Adresse privée

Rue, N°
NPA, localité Pays
Tél. privé Mobile
Email privé FAX

Future adresse professionnelle

Nom établissement *(le cas échéant)*
Rue, N°
NPA, localité
Tél. prof. Mobile
Email prof. FAX
Site Internet

Adresse pour correspondance et facturation

Adresse privée Future adresse professionnelle Si différente de ces adresses:

Rue, N°
NPA, localité Pays

Activité professionnelle envisagée

Type d'activité	Nombre demi-journées/semaine	Date prévue de début
<input type="checkbox"/> à titre indépendant (en son propre nom et à son propre compte)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> à titre dépendant (salarié), professionnellement responsable*	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(*Exerce à titre dépendant et professionnellement responsable, tout professionnel de la santé, qui, tout en ayant un statut de salarié, n'exerce pas sous la responsabilité et la surveillance d'un professionnel autorisé et assume dès lors la responsabilité professionnelle de ses actes. Ce type d'activité est notamment répandu dans les institutions ambulatoires telles que centres dentaires ou médicaux, pharmacies ou drogueries de chaînes, ou hôpitaux.)

Avez-vous l'intention de pratiquer à charge de l'assurance-maladie obligatoire (assurance de base)?

- oui, à titre indépendant (admission personnelle)
 oui, à titre dépendant, professionnellement responsable (admission par le biais de l'employeur)
 non

Activité professionnelle antérieure

Avez-vous déjà été autorisé-e à pratiquer votre profession en Suisse? oui non

Si oui, dans quels cantons?

Avez-vous également demandé une autorisation de pratique dans un autre canton? oui non

Si oui, dans quels cantons?

Une demande d'autorisation de pratique a-t-elle été refusée par un autre canton ou pays? oui non

Si oui, dans quels cantons ou quels pays?

Avez-vous fait ou faites-vous l'objet d'une procédure pénale ou administrative? oui non

Si oui, veuillez joindre la décision finale, voire la décision d'ouverture de la procédure.

Titre/s de formation (diplôme, certificat, etc.)

Titre de formation (dénomination)

Le cas échéant:

Reconnaissance/équivalence du titre de formation étranger délivrée le

Pour les professions de **chiropraticien** et de **médecin** (indiquer tous les titres postgrades)

Titre postgrade 1 (dénomination)

Titre postgrade 2 (dénomination)

Le cas échéant:

Reconnaissance/équivalence du titre postgrade 1 délivrée le

Reconnaissance/équivalence du titre postgrade 2 délivrée le

Remarques ou informations supplémentaires

Le requérant ou la requérante déclare avoir fourni des informations complètes et véridiques. En cas de réponse inexacte ou trompeuse, l'autorisation de pratique pourra être retirée.

Le requérant ou la requérante est en outre tenu-e de signaler à l'autorité toute modification de sa situation professionnelle ou personnelle par rapport aux informations contenues dans la présente demande, en particulier les changements de nom ou d'adresse, la cessation et la reprise de son activité ainsi que le départ du canton.

Le requérant ou la requérante autorise l'autorité à se renseigner à son sujet auprès des institutions ayant délivré ses titres de formation ou leur équivalent, ainsi qu'auprès de ses employeurs et des autorités de surveillance cantonales, fédérales et étrangères. Il ou elle autorise ces derniers à communiquer à l'autorité tout renseignement nécessaire au traitement de la présente demande, en particulier toute information permettant d'établir que le requérant ou la requérante est digne de confiance.

Lieu, Date

Signature