

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

#### Arrêté du 4 décembre 2017 relatif à la déclaration préalable de prestation de services pour les professions médicales et les pharmaciens

NOR : SSAH1734127A

La ministre des solidarités et de la santé,

Vu la directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles modifiée par la directive 2013/55/UE du Parlement européen et du Conseil du 20 novembre 2013 ;

Vu le code de la santé publique, notamment l'article R. 4112-12,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le modèle de formulaire de la déclaration préalable de prestation de services prévue à l'article R. 4112-12 du code de la santé publique figure en annexe.

Lorsque le prestataire sollicite un exercice partiel de la profession, la déclaration comporte la délimitation du champ d'exercice et la liste précise des actes pour lesquels la déclaration est adressée.

**Art. 2.** – La déclaration est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

1° Une copie d'une pièce d'identité en cours de validité à la date de dépôt de la déclaration ; si cette pièce ne le mentionne pas, un document attestant la nationalité du demandeur ;

2° Une copie du titre de formation permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention, ainsi que, pour les médecins et, le cas échéant, pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens, une copie du titre de formation de spécialiste ;

3° Une attestation datant de moins de trois mois de l'autorité compétente de l'Etat d'établissement, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, certifiant que l'intéressé est légalement établi dans cet Etat et qu'il n'encourt, lorsque l'attestation est délivrée, aucune interdiction, même temporaire, d'exercer ;

4° Lorsque les titres de formation ont été délivrés par un Etat tiers et reconnus dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, autre que la France :

a) La reconnaissance des titres de formation établie par les autorités de l'Etat ayant reconnu ces titres ; pour la profession de médecin, la reconnaissance doit porter sur le titre de formation de base et le titre de formation de spécialiste ;

b) Toutes pièces utiles justifiant qu'il a exercé la profession dans cet Etat pendant trois ans à temps plein ou à temps partiel pendant une durée totale équivalente ;

5° Le cas échéant, une copie de la déclaration précédente ainsi que de la première déclaration effectuée.

**Art. 3.** – Si le prestataire exerçant à titre libéral ne dispose pas d'une assurance en responsabilité civile et professionnelle couvrant les actes effectués en France dans les mêmes conditions et garanties que celles exigées en France il est tenu d'en souscrire une en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique. S'il n'exerce pas à titre libéral, il est tenu de vérifier l'étendue de la garantie souscrite par son employeur.

**Art. 4.** – Les pièces justificatives mentionnées aux 2°, 3° et 4° de l'article 2 doivent être rédigées en langue française, ou traduites par un traducteur agréé auprès des tribunaux français ou habilité à intervenir auprès des autorités judiciaires ou administratives d'un Etat membre de l'Union européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération helvétique ou, pour les candidats résidant dans un Etat tiers, avoir fait l'objet d'une traduction certifiée par les autorités consulaires françaises.

**Art. 5.** – Les arrêtés du 20 janvier 2010 relatifs à la déclaration préalable à la prestation de services pour l'exercice des professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme et relatif à la déclaration préalable à la prestation de services pour l'exercice de la profession de pharmacien sont abrogés.

**Art. 6.** – 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 le 4 décembre 2017.

Pour la ministre et par délégation :  
Par empêchement de la directrice  
générale de l'offre de soins :  
*Le sous-directeur des ressources humaines  
du système de santé,*  
M. ALBERTONE

## ANNEXE

### FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE PRESTATION DE SERVICES (1)

**1. Profession au titre de laquelle vous demandez à prester des services :** .....

Précisez la spécialité pour les médecins et, le cas échéant, pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens :

Indiquez les types d'actes envisagés (facultatif) : .....

Précisez le lieu d'exercice de la première prestation de services (facultatif) : .....

**Profession exercée dans l'Etat d'établissement, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (2) (dans la langue de l'Etat d'établissement et en français) :**

.....

Précisez la spécialité pour les médecins et, le cas échéant, pour les chirurgiens-dentistes et les pharmaciens :

#### **En cas de demande d'accès partiel :**

Liste précise des actes pour lesquels l'autorisation d'exercice est sollicitée : .....

L'activité professionnelle est-elle exercée de manière autonome dans l'Etat d'origine, membre ou partie ?

.....

**2. Prestation de services :** il s'agit d'

une première prestation de services en France (veuillez compléter les points 3 à 7 et le point 9).

un renouvellement annuel (veuillez compléter les points 3 à 9).

un changement relatif à la situation du prestataire (veuillez compléter les points concernés par ce changement).

#### **3. Etat civil**

M./Mme Nom de famille : .....

Nom d'usage : .....

Prénoms : .....

Date de naissance : .....

Ville : .....

Pays : .....

Nationalité : .....

#### **4. Coordonnées**

**Coordonnées dans l'Etat, membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, où vous êtes établi**

Adresse personnelle : .....

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

Téléphone : .....

Adresse courriel : .....

#### **Coordonnées en France (facultatif)**

Adresse personnelle : .....

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

Téléphone : .....

#### **5. Titre(s) de formation de la profession considérée**

Intitulé :

Date d'obtention : ..... Pays et ville d'obtention : .....

Délivré par :

Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

**Titre de formation de la profession considérée**

Intitulé :

Date d'obtention : ..... Pays et ville d'obtention : .....

Délivré par :

Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

**Diplôme de spécialisation**

Intitulé :

Date d'obtention : ..... Pays et ville d'obtention : .....

Délivré par :

Le cas échéant, date de reconnaissance du diplôme par un Etat, membre ou partie :

**6. Faites-vous partie d'un ordre professionnel ou d'un organisme équivalent ? oui/non**

Si oui, veuillez indiquer ses nom et coordonnées, ainsi que votre numéro d'enregistrement (3) :

.....

**7. Assurance professionnelle** (couverture d'assurance au titre de la responsabilité civile ou autres moyens de protection personnelle ou collective concernant la responsabilité professionnelle, pour les actes que vous allez pratiquer en France) (4).

Nom de la compagnie d'assurances : .....

Numéro du contrat : .....

Important : si le prestataire exerçant à titre libéral n'a pas de couverture d'assurance couvrant les actes effectués en France dans les mêmes conditions et garanties que celles exigées en France, il est tenu d'en souscrire une en application des dispositions de l'article L. 1142-2 du code de la santé publique. S'il n'exerce pas à titre libéral, il est tenu de vérifier l'étendue de la garantie souscrite par son employeur.

Commentaires éventuels : .....

**8. Informations à fournir en cas de renouvellement (5) :**

Durant quelle(s) période(s) avez-vous presté des services en France ?

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Du ..... au .....

Activités professionnelles effectivement exercées durant ces périodes : .....

9. Commentaires éventuels : .....

**Date :****Signature :**

(1) Veuillez conserver la copie de cette déclaration. Elle vous sera demandée lors de prestations futures.

(2) (3) (4) Dans le cas d'établissement multiple, veuillez compléter les informations correspondant à chacun des Etats, membres ou parties, où vous êtes établi.

(5) Ces informations seront conservées par l'autorité compétente pour assurer le suivi de la prestation de services. La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données à caractère personnel vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande. Toute fausse déclaration est passible de sanctions pénales (art. 441-1 du code pénal).