



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

N° 001383 / MSP / ARASS-ht

AGENCE DE RÉGULATION DE L'ACTION  
SANITAIRE ET SOCIALE

Papeete, le 20 SEP. 2024

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

*Le responsable du bureau  
de la planification, de l'inspection  
et du contrôle*

Affaire suivie par :  
BPC : syo

**Circulaire 2024-04 – Rappel réglementaire  
« Déclaration Annuelle du Chiffre d'Affaires »**

Arrêté n° 610 CM du 9 mai 1989 modifié portant application de la délibération  
n° 88-153 AT du 20 octobre 1988 relative à certaines dispositions concernant l'exercice de la pharmacie

**Art. 81-1**

Rédaction issue de l'Arrêté n° 2645 CM du 25 novembre 2019

Le nombre de pharmaciens dont les titulaires d'officine doivent se faire assister en fonction de l'importance de leur chiffre d'affaires annuel est fixé :

– à un pharmacien assistant pour un chiffre d'affaires annuel hors taxe à la valeur ajoutée compris entre 191 100 000 F CFP et 382 200 000 F CFP ;

– à un deuxième pharmacien assistant, pour un chiffre d'affaires annuel hors taxe à la valeur ajoutée compris entre 382 200 001 F CFP et 573 300 000 F CFP ;

– au-delà de ce chiffre d'affaires, à un assistant supplémentaire par tranche de 191 100 000 F CFP supplémentaires.

Les emplois correspondant aux tranches de chiffres d'affaires visées à l'article 81 doivent être pourvus à temps plein ou en équivalent temps plein.

Les pharmaciens associés exerçant à temps plein peuvent être pris en compte pour l'application du présent article.

Les pharmaciens titulaires d'officine devront déclarer, en fin de chaque exercice, et au plus tard au 30 avril de chaque année au directeur de l'Agence de régulation de l'action sanitaire et sociale (ARASS) :

– leur chiffre d'affaires annuel global hors taxe à la valeur ajoutée ;

– le nom des pharmaciens exerçant dans l'officine ainsi que leur nombre et pour chacun d'eux leur équivalent temps plein ;

– le nom des préparateurs en pharmacie exerçant dans l'officine ainsi que leur nombre et pour chacun d'eux leur équivalent temps plein.

⇒ La déclaration annuelle du chiffre d'affaires (CA) doit être effectuée au plus tard le 30 avril de chaque année. Cette circulaire est accompagnée d'un formulaire relatif à la déclaration annuelle.

⇒ Il est demandé à tout pharmacien n'ayant pas encore déclaré son chiffre d'affaires pour l'année 2023 de l'effectuer dans les 8 jours suivant la parution de cette circulaire (Uniquement par voie postale, ou par courriel chiffré à [suvirak.yo@administration.gov.pf](mailto:suvirak.yo@administration.gov.pf)).

Pour le ministre et par délégation,  
Agence  
de Régulation  
de l'Action  
Sanitaire et  
Sociale  
Dr Remi MAYAN

**Circulaire 2024-04 – Rappel réglementaire**  
**« Formulaire : Déclaration Annuelle du Chiffre d’Affaires »**

2024

**Identification de l’officine de pharmacie ouverte au public**  
*(ou Tampon)*

**Chiffre d’Affaires Annuel (hors taxe à la valeur ajoutée)**

Année	Date de clôture de l’exercice	Chiffre d’Affaires Annuel

**Nombre de Pharmaciens \* (A la date de la réponse)**

Nombre de Titulaires <i>(etp)</i>	Nombres d’Adjoints <i>(etp)</i>	Nombre Total de Pharmaciens <i>(etp)</i>

**Pharmaciens**

Nom et prénoms	Equivalent temps plein <i>(etp)</i>	Fonction <i>(titulaire, adjoint obligatoire, adjoint, remplaçant,...)</i>	Numéro d’enregistrement du diplôme	Numéro d’inscription au COPPF	Date de début d’exercice
			<i>Préciser si Certificat de Remplacement</i>		

**Préparateurs en Pharmacie** \* (A la date de la réponse)

Nom et prénoms	Equivalent temps plein <i>(etp)</i>	Fonction <i>(cadre, employé,...)</i>	Numéro d'enregistrement du diplôme	Diplôme complémentaire éventuel	Date de début d'exercice

**Auxiliaires en Pharmacie** \* (A la date de la réponse)

Nom et prénoms	Equivalent temps plein <i>(etp)</i>	Fonction <i>(vente, back up,...)</i>	Numéro d'enregistrement de la qualité	Diplôme complémentaire éventuel	Date de début d'exercice

**Diplômés en pharmacie sans inscription ordinale ou Etudiants en pharmacie \* (A la date de la réponse)**

Nom et prénoms	Equivalent temps plein (etp)	Qualité <i>(diplômé en pharmacie sans inscription ordinale, étudiant en pharmacie,...)</i>		Diplôme complémentaire éventuel	Date de début d'exercice

**Etudiants UPF/GREPFOC (DEUST) ou GREPFOC Seul (BP) \* (A la date de la réponse)**

Nom et prénoms	Equivalent temps plein (etp)	Année de formation	Cursus <i>(UPF/GREPFOC-GREPFOC Seul) (DEUST TPP / BP Prep Pharm)</i>	Diplôme complémentaire éventuel	Date de début d'exercice

**Employés en pharmacie \* (A la date de la réponse)**

Nom et prénoms	Equivalent temps plein (etp)	Fonction <i>(comptabilité, secrétariat, technicien de surface,...)</i>	Prévision de formation éventuelle	Diplôme complémentaire éventuel	Date de début d'exercice