



**DOSSIER D'INSCRIPTION PAR  
LA VOIE DE LA FORMATION INITIALE ET CONTINUE  
POUR LE DIPLÔME DE PRÉPARATEUR EN  
PHARMACIE HOSPITALIÈRE  
SESSION 2024-2025**

**Épreuve d'admissibilité : jeudi 14 mars 2024 de 11h à 13h**

Version au 23.11.2023

Photo à  
Coller

**ATTENTION : BIEN LIRE LA NOTICE AVANT DE REMPLIR LE DOSSIER D'INSCRIPTION**

**CADRE RÉSERVÉ AU CFPPH :**

- Lettre d'inscription       3 dossiers agrafés       Justificatif d'état civil       3 photos  
 Photocopie diplômes       Chèque bancaire       Autorisation publication       2 enveloppes  
 Prise en charge financière      (*mettre tous ces documents dans un porte-vue*)

**IDENTITÉ DU CANDIDAT**

Madame       Monsieur

Nom de naissance : \_\_\_\_\_ Nom marital : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Autres Prénoms : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Ville de Naissance : \_\_\_\_\_

Département de Naissance (ex : NORD) : \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Région (ex : HAUTS-DE-FRANCE) : \_\_\_\_\_

Fixe : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /  
Port : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Email : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

(Attention, prière d'écrire lisiblement et de bien respecter minuscule, majuscule, espace, tiret haut ou bas...)

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : M / F

N° Sécurité Sociale : | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ || \_\_\_\_ | (*bien mettre la clé*)

**INFORMATIONS PARTICULIÈRES À RENSEIGNER**

Distance kilométrique (Aller simple) entre votre domicile et le centre de formation PPH : \_\_\_\_\_ kms

## VOTRE SITUATION

**1/ Êtes-vous titulaire du BP (Préparateur) ?**

OUI  NON Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**2/ Êtes-vous titulaire du DEUST ?**

OUI  NON Année d'obtention : \_\_\_\_\_

**3/ Êtes-vous en BP 2 ?**

OUI  NON

**4/ Êtes-vous en DEUST 2 ?**

OUI  NON

Si oui, quel établissement fréquentez-vous ?

	CFA	EMPLOYEUR
Nom		
Adresse		

**5/ Êtes-vous SALARIÉ(E) ?**

OUI  NON ( *passez à l'item 4*)

Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

- D'un établissement de santé privé  
 D'un établissement de santé public

- D'une officine  
 Autre : \_\_\_\_\_

Vous êtes en :

- CDD  CDI  Titulaire de la FHP

**Coordonnées de votre employeur actuel :**

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / Fax : / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /

Nom du **Directeur Général** : \_\_\_\_\_

Nom du **Directeur des Ressources Humaines** : \_\_\_\_\_

Nom du **Responsable du service formation continue** : \_\_\_\_\_

Nom de la **personne en charge du dossier** : \_\_\_\_\_

**Mail de la personne en charge du dossier** : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

**Si vous êtes en possession de ces informations :**

Nom du **pharmacien chef de service** : \_\_\_\_\_

**Adresse mail du pharmacien chef de service** : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Nom du **cadre de service** : \_\_\_\_\_

**Adresse mail du cadre de service** : \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

N° FINESS (juridique) : □□□ □□□ □□□

N° SIRET : □□□ □□□ □□□ □□□ □□

**4/ Êtes-vous inscrit à PÔLE EMPLOI ?**

OUI

NON (passez à l'item 5)

Si oui, depuis quelle date : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (JJ/MM/AAAA)

N° d'identifiant demandeur d'emploi : | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ |

**5/ Autre situation ? :**

## PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE

Dans l'hypothèse de la réussite aux épreuves de sélection, et de votre entrée en formation, de quel type sera votre prise en charge financière ?

- Prise en charge dans le cadre du plan de formation de **votre établissement employeur**
- OPCO (*Opérateur de Compétence*) : \_\_\_\_\_
- AUTRE FINANCEMENT (Pôle emploi ? La Région ? CPF ? ...) : \_\_\_\_\_
- FINANCEMENT PERSONNEL (*joindre une attestation sur l'honneur d'engagement à autofinancer sa formation*)

**Merci de nous joindre une attestation de prise en charge financière si vous en possédez une ou nous la fournir dès que possible.**

## VOTRE PARCOURS SCOLAIRE

Baccalauréat :

OUI

NON

Quelle série de BAC avez-vous ? : \_\_\_\_\_

Année d'obtention : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

N° NATIONAL BEA : □□□□□□□□□□ □

(BEA : Base Elève Académique, N° de 10 chiffres + 1 lettre, figurant sur le relevé de notes du BAC)

**Je certifie exactes les informations données dans cette fiche de renseignements**

Fait le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ à .....

Signature du candidat

**PIÈCES À JOINDRE IMPERATIVEMENT AU DOSSIER ET À METTRE DANS UN PORTE VUE (20 POCHETTES 40 VUES, TRANSPARENT AVEC PAGE DE GARDE\*), DANS L'ORDRE INDIQUÉ CI-APRÈS :**

- Le dossier d'inscription rempli,**
- Une lettre de demande d'inscription** aux épreuves de sélection,
- Un Curriculum Vitae**
- La photocopie du diplôme du Brevet Professionnel de Préparateur en Pharmacie** ou du **DEUST Technicien en Pharmacie** ou une attestation de scolarité stipulant que vous êtes inscrit en BP2 ou DEUST2,
- Un dossier agrafé contenant dans l'ordre :**  
Une lettre de motivation à suivre la formation,  
Un Curriculum Vitae détaillé (à nouveau)  
**Un dossier professionnel de 5 pages maximum** hors annexes comprenant :  
Vos expériences professionnelles détaillées,  
Vos expériences extraprofessionnelles,  
Votre projet professionnel en tant que futur préparateur en pharmacie hospitalière (à court-moyen-long termes, exemples : dans quels domaines d'activités et expliquez-nous pourquoi.)  
En annexes, toutes pièces utiles à la bonne compréhension de votre situation professionnelle (lettre de recommandations employeurs, attestations de formations...)  
**Ce dossier professionnel est à joindre en 3 exemplaires agrafés (à glisser dans le porte-vue),**
- Un chèque bancaire de 112€ libellé à l'ordre du « TRESOR PUBLIC » correspondant au droit d'inscription à la sélection. (Encaissement immédiat et non remboursable).**
- Un justificatif d'état civil** (faire 2 photocopies de votre carte d'identité en cours de validité (le recto et le verso doivent figurer sur la même page) ou passeport en cours de validité,
- L'autorisation de publication sur le site internet** complétée et signée,
- 3 photos d'identité récentes** dont une obligatoirement collée sur ce dossier au format administratif réglementaire (inscrire nom et prénom au dos de chaque photo),
- 2 enveloppes prêt à poster – Lettre suivie – 100g – Format C5** à acheter en bureau de Poste. Attention, ces enveloppes doivent être remplies avec votre adresse postale valide,
- Votre prise en charge financière si vous en possédez une.**

**À RENDRE AVANT LE VENDREDI 1<sup>er</sup> MARS 2024 (Cachet de la poste faisant foi)**  
**Publication des résultats de l'épreuve d'admission : Vendredi 24 mai 2024 à 14h\***

\*Sélection sur liste d'aptitude à l'entretien de sélection, cf notice jointe



\*



Centre de formation  
des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière

## Autorisation de publication sur le site internet du Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière du CHU de LILLE

Catherine TEDESCO  
Directrice des soins  
Directrice du CFPPH

Bruno LEFEVRE  
Adjoint à la Directrice

Marie VANPEPERSTRAETE  
Cadre de santé formatrice

Cyrielle BOYER  
Assistante administrative  
☎ 03.20.44.44.83

Secretariat.pph@chru-lille.fr

Affaire suivie par : Cyrielle  
BOYER

Je soussigné (e), Mme ou M .....

**AUTORISE**

**N'AUTORISE PAS**

le Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière du CHU de Lille, 2 Rue du Docteur Schweitzer, à publier mon nom sur le site internet [www.cfpph.chu-lille.fr](http://www.cfpph.chu-lille.fr) dans le cadre de la publication des résultats aux épreuves de sélection.

Fait à Lille, le        /        /

Signature précédée de la mention  
« Lu et Approuvé ».

En l'absence de réponse du candidat, le Centre de Formation considèrera que le candidat accepte la publication de ses résultats sur le site de l'école. Aucun résultat n'est communiqué par téléphone.



# Notice sur les conditions d'accès à la formation conduisant au diplôme de Préparateur en Pharmacie Hospitalière par la voie de la Formation Initiale et Continue session 2024-2025

version au 23.11.2023

(Arrêté du 02 Août 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière)

## I. CONDITIONS D'ADMISSION

La formation au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière est accessible aux candidats titulaires du brevet professionnel de préparateur en pharmacie, du diplôme d'études universitaires scientifiques et technique, spécialité préparateur/technicien en pharmacie ou de l'une des autorisations d'exercice prévues par les articles L. 4241-7 à L. 4241-10 du même code.

L'admission en formation conduisant au diplôme de Préparateur en Pharmacie Hospitalière est subordonnée à la réussite aux épreuves de sélection. Ces épreuves sont organisées annuellement par les centres de formation autorisés pour dispenser cette formation. **Les candidats peuvent s'inscrire dans le ou les centre(s) de formation de l'inter-région de leur choix**

*Pour les candidats en 2<sup>ème</sup> année de BP ou DEUST 2, leur admission est subordonnée à l'obtention du Brevet Professionnel de Préparateur en Pharmacie ou du DEUST Technicien en Pharmacie. Ils doivent adresser la copie du diplôme ou du relevé de notes attestant de la réussite de ce dernier au Centre de Formation de Préparateur en Pharmacie Hospitalière.*

## II. INSCRIPTION AU CONCOURS D'ENTRÉE ET FRAIS DE FORMATION

Une pré-inscription est à réaliser sur le site internet de l'école afin de télécharger le dossier d'inscription.

Ce dossier doit être rempli correctement et renvoyé au Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière du CHU de Lille par courrier ou déposé directement au secrétariat. L'ensemble des pièces doivent être placées dans un porte-vue.

**Les frais d'inscription aux épreuves de sélection sont de 112€ (sous réserve de modification).  
Le tarif de la scolarité 2024-2025 est de 8550€ (sous réserve de modification).**

Les candidats retenus devront s'acquitter des frais d'inscription aux épreuves de sélection (chèque à libeller à l'ordre du Trésor Public) dont le montant respectif est déterminé par l'organisme gestionnaire du Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière. L'encaissement est immédiat et non remboursable.

### III. ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ ET D'ADMISSION

#### ➤ L'épreuve écrite d'admissibilité

Anonyme	Durée : 2h	Notée sur 20 points
---------	------------	---------------------

Elle porte sur une question d'actualité sanitaire, en relation avec le domaine pharmaceutique. Elle est évaluée par un binôme d'examineurs.

Pour **être déclaré admissible**, le candidat doit obtenir **une note  $\geq$  à 10 sur 20 à cette épreuve**.

#### ➤ L'épreuve orale d'admission

Entretien oral de visu	Durée : 30 min	Notée sur 20 points
------------------------	----------------	---------------------

Elle est destinée à apprécier l'aptitude du candidat à suivre la formation. Elle est réalisée à partir d'un **dossier professionnel** de cinq pages maximum, exposant l'expérience professionnelle, les motivations à suivre la formation et le projet professionnel. S'en suit d'un échange avec le jury.

Pour **être admis en formation**, le candidat doit obtenir **une note  $\geq$  à 10 sur 20 à cet entretien**. A l'issue de cette épreuve, le jury établit la liste de classement qui comprend :

- une **liste principale**
- une **liste complémentaire**.

En cas d'égalité de notes entre deux ou plusieurs candidats, l'admission est déclarée dans l'ordre de priorité suivant :

- 1) Au(x) candidat(s) ayant obtenu la note la plus élevée à l'épreuve d'admissibilité
- 2) Au candidat le plus âgé, dans le cas où le recours à l'alinéa « 1 » n'a pu départager les candidats

*Lorsque, dans un Centre de Formation, la liste complémentaire établie à l'issue des épreuves de sélection n'a pas permis de pourvoir l'ensemble des places offertes, le Directeur du Centre de Formation concerné peut faire appel à des candidats inscrits sur la liste complémentaire d'autres Centres de Formation, restés sans affectation à l'issue de la procédure d'admission, dans la limite des places disponibles.*

**35 à 45 places sont à pourvoir dans le cadre des épreuves de sélection (formation initiale et continue pour la session 2024/2025).**



**Attention, pour les résidents des DROM-COM**, ils ont la possibilité de passer **sur leur territoire** les épreuves d'admissibilité et d'admission (en visioconférence). Pour ce faire, merci de nous adresser une demande écrite par mail ([secretariat.pph@chu-lille.fr](mailto:secretariat.pph@chu-lille.fr)) le plus rapidement possible. Cette demande de délocalisation doit être jointe au dossier d'inscription envoyé par courrier AR avant la date limite, cachet de la poste faisant foi.



#### IV. DATES DES ÉPREUVES DE SÉLECTION

<u>Clôture des inscriptions</u> :	vendredi 1 <sup>er</sup> mars 2024
<u>Epreuve d'admissibilité</u> :	Jeudi 14 mars 2024 de 11h à 13h (heure Métropole)
<u>Résultats de l'écrit</u> :	Vendredi 19 avril 2024 à 15h
<u>Epreuve orale</u> :	Mardi 21 mai 2024 et Mercredi 22 mai 2024
<u>Résultats d'admission</u> :	Vendredi 24 mai 2024 à 14h
<u>Entrée en formation</u> :	Lundi 09 septembre 2024

#### V. INFORMATIONS IMPORTANTES

Les candidats reçoivent par lettre recommandée avec accusé de réception et par courriel une convocation quelques jours avant l'épreuve écrite et orale.

L'affichage des résultats est réalisé à l'accueil de l'Institut GERNEZ RIEUX et sur le site internet du CFPPH : [www.cfpph.chu-lille.fr](http://www.cfpph.chu-lille.fr) (cf formulaire à remplir en pièce-jointe). Aucun résultat n'est communiqué par téléphone.

Tous les candidats seront personnellement informés de leurs résultats par écrit et par mail.

La **confirmation par écrit** de votre souhait d'entrer en formation est nécessaire avant la date qui vous sera communiquée ultérieurement. Si un candidat classé sur la liste principale ou sur la liste complémentaire **n'a pas confirmé** par écrit son souhait d'entrer en formation, il est présumé **avoir renoncé à son admission** ou à son classement sur la liste complémentaire et sa place est proposée au candidat suivant (Article 13).

A titre exceptionnel, un report d'admission de 1 an, renouvelable une fois, peut-être accordé de droit au candidat conformément à :

**L'Article 14 de l'arrêté du 02 Août 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière** : « ...en cas de congé de maternité, d'une demande de mise en disponibilité ou pour garde de son enfant ou d'un de ses enfants, âgé de moins de quatre ans ou pour congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie. Un report d'admission, renouvelable deux fois, est accordé de droit par le directeur du centre de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière en cas de rejet du bénéficiaire de la formation professionnelle. En outre, en cas de maladie, d'accident, ou si le candidat apporte la preuve de tout autre événement grave lui interdisant d'entreprendre ses études au titre de l'année en cours, un report peut être accordé par le directeur du centre de formation de préparateurs en pharmacie hospitalière.

Toute personne ayant bénéficié d'un report d'admission doit confirmer son intention de reprendre sa scolarité à la rentrée suivante, au plus tard trois mois avant la date de cette rentrée.

Le report est valable pour le centre de formation dans lequel le candidat avait été précédemment admis.

L'application des dispositions du présent article ne peut donner lieu à un report de scolarité d'une durée supérieure à trois ans... »

#### VI. ENTRÉE DÉFINITIVE EN FORMATION

L'admission définitive au Centre de Formation des Préparateurs en Pharmacie Hospitalière est subordonnée à :

- La **signature du contrat de formation** établie en début d'année,
- D'une **attestation de prise en charge financière** de la formation. S'il s'agit d'un autofinancement, une attestation sur l'honneur nous sera nécessaire,
- La production d'un **certificat médical d'aptitude physique et psychologique** à suivre la formation de préparateur en pharmacie hospitalière et à exercer la profession par un **médecin**,
- La production d'un **certificat médical de vaccinations** attestant la validité des vaccinations obligatoires fixées par l'article L3111-4 du Code de la Santé Publique et conforme à la réglementation en vigueur fixant les conditions d'immunisation des professionnels de santé en France,
- D'une **attestation d'assurance** vous couvrant en responsabilité civile,

## VII. HÉBERGEMENT

Un internat et un self sont à la disposition des élèves.

**Des frais de dossier de 47 euros (sous réserve de modifications) sont à prévoir pour l'internat.** L'inscription se fait sous forme d'un formulaire à télécharger sur le site internet : [www.igr.chu-lille.fr](http://www.igr.chu-lille.fr) rubrique « Hébergement ».

Contacts de l'internat : [internatigr@chu-lille.fr](mailto:internatigr@chu-lille.fr) ou Accueil de l'IGR : 03.20.44.57.55 de 08h à 17h.

**Le Centre de Formation ne gère pas les demandes.**

## VIII. CONTENU ET ORGANISATION PÉDAGOGIQUE DE LA FORMATION

La formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière commence au mois de **septembre** et se déroule sur **42 semaines**.

Elle comporte **1 360 heures** d'enseignement comprenant **660 heures** de théorie et **700 heures** de stages pratiques.

Elle est organisée conformément au référentiel de formation qui comprend **huit modules**, dispensés sous forme de cours, de travaux dirigés, de travaux de groupe et de travaux pratiques. Des temps de recherche personnelle sont prévus dans l'alternance pédagogique et insérés dans le projet pédagogique du Centre de Formation.

Les périodes de stages sont réalisées dans les Pharmacies à Usage Intérieur, dans les unités de soins, dans des cellules qualité ou gestion des risques. Elles sont déterminées et planifiées en début d'année par l'équipe pédagogique.

Un moyen de transport personnel doit être prévu pour les déplacements en stages.

### CONTACTS DU CFPPH

Directrice du CFPPH, Directrice des Soins : **Mme TEDESCO Catherine**  
Adjoint à la Directrice, Cadre Supérieur de Santé : **M. LEFEVRE Bruno**  
Cadre de Santé Formatrice : **Mme VANPEPERSTRAETE Marie-Laurence**  
Assistante Administrative : **Mme BOYER Cyrielle**

Adresse postale :

**CENTRE DE FORMATION DES PREPARATEURS EN PHARMACIE HOSPITALIERE  
2 RUE DU DOCTEUR SCHWEITZER – CS 70001**

**59037 LILLE Cedex**

Tél : 03 20 44 44 83

[secretariat.pph@chu-lille.fr](mailto:secretariat.pph@chu-lille.fr)

Site internet : <https://www.cfpph.chu-lille.fr/>

### TEXTES LEGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

*Code de la Santé Publique, et notamment ses articles L. 4241-5, L. 4244-1 et D. 4241-1 à D. 4241-8 ;*

*Code du Travail, et notamment les articles L. 116-1 et suivants*

*Décret n° 90-319 du 5 avril 1990 modifié relatif à la formation professionnelle continue des agents de la fonction publique hospitalière*

*Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière*

*Décret n° 2002-615 du 26 avril 2002 pris pour l'application de l'article L. 900-1 du code du travail et des articles L. 335-5 et L. 335-6 du code de l'éducation relatif à la validation des acquis de l'expérience pour la délivrance d'une certification professionnelle*

*Arrêté du 26 avril 1999 fixant les conditions d'immunisation visées à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique*

*Arrêté du 26 avril 2001 modifié relatif au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière*

*Arrêté du 3 mars 2006 relatif à l'attestation de formation aux gestes et soins d'urgence*

*Arrêté du 2 août 2006 modifié relatif à la formation conduisant au diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière*