**Données personnelles**

L’ARS Ile-de-France procède à un traitement de vos données personnelles sur le fondement de l’article 6 1. e) du Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (RGPD) pour permettre le recrutement de Médecins Spécialistes partagés Ville/Hôpital et la réalisation d’un diagnostic des postes retenus et financés dans le but de soutenir la démographie médicale.

Les réponses aux demandes d’informations de ce formulaire sont obligatoires. A défaut de réponse de votre part, votre dossier de candidature ne pourra être examiné.

Les données enregistrées sont conservées pendant une durée de 3 ans et ne peuvent être communiquées qu’aux destinataires suivants : agents habilités de l’ARS, personnes siégeant au jury de sélection ainsi qu’aux personnes habilitées des établissements de santé.

Conformément au RGPD et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d’un droit d’accès, de rectification, d’effacement et de portabilité des données vous concernant.

Vous pouvez également demander la limitation du traitement de vos données et vous opposer, pour des raisons tenant à votre situation particulière, au traitement des données vous concernant.

Vous pouvez exercer ces droits, en vous adressant au délégué à la protection des données de l’ARS par courrier à l’adresse suivante : Délégué à la protection des données de l’ARS, Millénaire 2 -35, rue de la Gare 75935 PARIS CEDEX 19 ou par courriel à l’adresse : [ars-idf-dpd@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-dpd@ars.sante.fr)

Afin de rendre effective votre demande, il vous sera demandé de préciser le nom du traitement de données (recrutement d’assistants spécialistes partagés) ainsi que de justifier de votre identité.

Vous disposez enfin d’un droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l’informatique et des libertés, si vous considérez que le traitement de données à caractère personnel vous concernant constitue une violation du règlement général sur la protection des données et de la loi informatique et libertés. »

**Postes Médecins Spécialistes Partagés Ville/Hôpital**

**Vague (2019-2021)**

Dossier de candidature type

# Date limite dépôt dossiers : 10 mai 2019

**Prise de poste : du 1er novembre 2019 au 31 octobre 2021**

## Attention, focus, adhd, add, adhd app, adhd treatment, add treatmentDossier de candidature à remplir uniquement par le Bureau des Affaires Médicales de l’établissement de santé recruteur et à retourner par voie électronique : [ars-idf-asp@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-asp@ars.sante.fr)

Ce dispositif vise à permettre à de jeunes médecins de **développer un exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière et une structure de soins de ville (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet libéral)**. Les Praticiens Hospitaliers Contractuels Ville/Hôpital pourront ainsi débuter leur carrière en **appréhendant les diverses formes d’exercice**, sous un angle différent de celui connu au cours de leurs études et dans un cadre sécurisant, ce qui contribuera à  **déterminer leur installation quant à leur type d’exercice et à renforcer le lien ville-hôpital**. **Toutes les spécialités (hors Médecine Générale) peuvent être concernées.**

Objectifs du dispositif :

* Répondre immédiatement aux problèmes d’accès aux soins que connaissent certains territoires
* Améliorer le lien entre la ville et l’hôpital de manière concrète et contribuer à la coopération médicale territoriale
* Permettre aux jeunes médecins, à l’issue de leurs études, d’appréhender concrètement plusieurs formes d’exercice
* Permettre à de jeunes médecins de parfaire leur formation post-internat et favoriser la mixité d’exercice

**Les dossiers de candidatures (7 volets à remplir) devront être constitués de 4 pièces obligatoires :**

## Lettre d’engagement type sur le projet médical partagé et sur le recrutement signée et datée par les directeurs d’établissements hospitaliers et de structures de soins de ville

## CV du candidat proposé

## Lettre de motivation

1. Attestation d’inscription à l’Ordre des médecins et n° RPPS ou d’une date d’inscription prévisionnelle

## Contact : [ars-idf-asp@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-asp@ars.sante.fr)

**VOLET 1 – Identification des partenaires du projet médical partagé**

**Ordre de priorité :**

|  |  |
| --- | --- |
| **ETABLISSEMENT DE SANTE RECRUTEUR** | **STRUCTURE DE SOINS PARTENAIRE** |
| **Nom :**  **Type :**  Ο Centre hospitalier  Ο Centre hospitalier universitaire  Ο Etablissement public de santé  Ο Autre | **Nom :**  **Type :**  Ο Centre de santé  Ο Maison de santé pluridisciplinaire  Ο Cabinet libéral  Ο Autre |
| **Adresse :**  **CP :**  **Ville :** | **Adresse :**  **CP :**  **Ville :**  **SIRET :** |
| **Nom & Prénom du Directeur de l’établissement : ….**  **Pôle d’accueil : ….**  **Nom et Prénom du responsable de pôle** : ….  **Service d’accueil : ….**  **Nom et Prénom du chef de service : …..**  **Mail** : ……  **Type :**  Ce service est-il agréé pour accueillir des internes  Ο oui  Ο non  **Ce service est-il**  Ο hospitalier  Ο hospitalier universitaire  Ο Autre |  |
| **Nom et Prénom du responsable des Affaires Médicales :**  **Mail :**  **Téléphone :** | **Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins :**  **Qualité :**  **Fonction :**  **Courriel :**  **Téléphone :** |

**VOLET 2 – Nature du projet médical partagé**

|  |
| --- |
| **Candidature déposée au titre de quelle spécialité médicale :** |
| **Descriptif du projet médical partagé :** |
| **Existence préalable d’une coopération formalisée entre les partenaires ?**  **🞎 oui**  **🞎 non**  **Si oui, de quel type ? :** |
| **Dans quelle zone sous dense est située la structure partenaire :** ……………………………….  **Zone d’Intervention Prioritaire (ZIP) ?**  Ο oui  Ο non  **Zone d’Action Complémentaire (ZAC) ?**  Ο oui  Ο non  **Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) ?**  Ο oui  Ο non |
| **Quotités de travail : (en pourcentage)**  **Exclusivement 40, 50 ou 60 %**   * **activités hospitalières :** * **activités au sein de la structure de soins :** |

**VOLET 3 – Partie activités hospitalières**

|  |
| --- |
| 1. **Activités cliniques**   **Consultations :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Hospitalisations :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Actes médico-techniques :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Actes chirurgicaux :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Autres activités cliniques, précisez (visites à domicile) :**   1. **Participation à des activités d’enseignement pour la formation clinique des étudiants** 2. **Formation**   **Séances de bibliographie :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Réunion de dossiers ou autres formations :**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Participation à des réunions scientifiques :**  Ο oui  Ο non  Précisez : |
| 1. **Participation à des activités pédagogiques**   **Encadrement d’internes dans l’établissement recruteur**  Ο oui  Ο non  Nombre :  **Encadrement d’externes dans l’établissement recruteur**  Ο oui  Ο non  Nombre :  **Autres activités d’enseignement, précisez :**   1. **Activités de recherche**   **Participation à des projets de recherche clinique**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Participation à la direction de thèses**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Participation à des réunions de recherche**  Ο oui  Ο non  Précisez : |

|  |
| --- |
| **Participation à la publication des activités de recherche dans des revues scientifiques**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Autres activités de recherche, précisez :**   1. **Activités transversales ou de coordination**   **Participation au développement des relations ville-hôpital, réseaux de médecins et de structures de santé**  **(consultation avancée,..)**  Ο oui  Ο non  Précisez :  **Participation au développement et/ou de coordination de programmes d’éducation thérapeutique du patient**  Ο oui  Ο non  Précisez  les programmes:  **Participation au développement et/ou de coordination de programmes de prévention**  Ο oui  Ο non  Précisez les programmes :  **Autres activités transversales, précisez :** |

**VOLET 4 – Partie activités de soins de ville**

|  |
| --- |
| **La structure partenaire est-elle agréée pour l’accueil d’Internes en stage ambulatoire ?**  Ο oui  Ο non  **Si non, est-il prévu qu’elle le soit ?**  Ο oui, précisez (quand, combien…) : …………………………………………………………………………………………….  Ο non  **Est-il prévu que la structure accueille des externes ?**  Ο oui, précisez (quand, combien …) : ………………………………………………………………………………………………….  Ο non |
| **Activités pédagogiques**  Encadrement d’internes ?   * Oui * Non   Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………  Encadrement d’externes ?   * Oui * Non   Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………… |
| **Activités de soins**  Précisez : ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| **Autres activités (activités de santé publique, territoriales…)**  Précisez : **……………………………………………………………………………………………………………………………………………** |

**VOLET 5 – Proposition perspectives de carrière**

|  |
| --- |
| **Perspectives de carrière proposées au Médecin Spécialiste V/H à l’issue du contrat des 2 ans *:***  **Ce poste peut-il déboucher sur un poste pérenne ?**  Ο oui  Ο non |

**VOLET 6 – Fiche candidat proposé pour le poste partagé**

|  |
| --- |
| **Nom :**  **Prénom :**  **Age**  **Mail (en vigueur) :**  **Téléphone :** |
| **Statut actuel :**  **🞎 Interne**  Intitulé du DES préparé :  **🞎 Diplômé d’un DES français ou communautaire**  Si diplômé, date diplôme (année) :  Si DESC préparé ou validé, intitulé :  **Si diplômé, exerce-t-il actuellement une activité professionnelle :**  Ο oui  Ο non  Si oui :  Statut :  Nom & Lieu de la structure de santé où il exerce actuellement :  **Statut antérieur :**  **Avez-vous déjà travaillé dans la structure de soins ?**   * Oui * Non   **Si oui, précisez votre statut antérieur dans la structure de soins :**   * Interne * Remplaçant * Autre, précisez :   Précisez la durée (en mois) : ………….  **Avez-vous déjà travaillé dans le service de l’établissement de santé recruteur ?**   * Oui * Non   **Si oui, précisez votre statut antérieur dans l’établissement de santé recruteur :**   * Interne * Autre, précisez :   Précisez la durée (en mois) : ………….  **Est-il prévu une participation à la PDSA ?**  Ο oui  Ο non  Si oui dans quel cadre ? (lieu, activité, fréquence) : ………………………………………………………………………………………………………..  **Thèse en cours :**  Ο oui  Ο non  Si oui, date programmée de soutenance :  **Internat fait en Ile-de-France :**  Ο oui  Ο non  Si non, lieu d’internat :  **Inscription à l’Ordre National des Médecins :**  Ο oui  Ο non  Si oui, n° RPPS :  Si non, date programmée d’inscription :  **Inscription au Conseil National de l’Ordre des Médecins obligatoire au 1er novembre 2019 pour la prise de fonctions.** |

**VOLET 7 – Dossier complet**

|  |
| --- |
| **Cochez les cases suivantes :**   1. **Ο CV du candidat pressenti** 2. **Ο Lettre de motivation du candidat pressenti**  Ο Lettre d’engagement type sur le projet médical partagé et sur le recrutement signée et datée par les directeurs d’établissements hospitaliers et de structures de soins de ville  1. **Ο Attestation d’inscription à l’Ordre et n° RPPS ou date d’inscription prévisionnelle** |
| **Ο Le dossier de candidature est complet (les 4 pièces justificatives obligatoires sont fournies)** |

**Récapitulatif des candidatures déposées par ordre de priorité**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Spécialité médicale** | **Structure de soins partenaire** | **Candidat proposé** | **Ordre de priorité** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**AUCUN DOSSIER INCOMPLET OU HORS DÉLAI NE SERA TRAITÉ**