

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 généralistes ville/hôpital à temps partagé 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, Immeuble "Le Curve" - 13 rue du Landy - 93200 Saint-Denis ou par courriel à l'adresse : 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 de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital) 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. »

POSTE DE MEDECIN GENERALISTE VILLE/HOPITAL (2021-2023)

Instruction N°DGOS/DIR/2019/27 du 06 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure
« 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »

Postes de jeunes médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital

VOLET 1 - IDENTIFICATION DES PARTENAIRES DU PROJET

| ETABLISSEMENT RECRUTEUR | STRUCTURE DE SOINS PARTENAIRE |
|--|---|
| <p>Nom : Type : <input type="radio"/> Centre hospitalier <input type="radio"/> Centre hospitalier universitaire <input type="radio"/> Etablissement public de santé <input type="radio"/> ESPIC <input type="radio"/> Etablissement de santé privé <input type="radio"/> Autre :</p> | <p>Nom : Type : <input type="radio"/> Centre de santé <input type="radio"/> Maison de santé pluridisciplinaire <input type="radio"/> Cabinet libéral</p> |
| <p>Adresse : CP : Ville :</p> | <p>Adresse : CP : Ville : FINESS :</p> |
| <p>Nom & Prénom du Directeur de l'établissement :</p> <p>Pôle d'accueil du médecin généraliste : Nom et Prénom du responsable de pôle :</p> <p>Service d'accueil du médecin généraliste : Nom et Prénom du chef de service : Mail :</p> <p>Type : Ce service est-il agréé pour accueillir des internes <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p> <p>Ce service est-il <input type="radio"/> hospitalier <input type="radio"/> hospitalier universitaire <input type="radio"/> Autre</p> | |

| | |
|---|--|
| 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 – PROJET DE PARTENARIAT ETABLISSEMENT DE SANTE - STRUCTURE DE SOINS

Descriptif du projet de coopération entre les deux partenaires :

Existence préalable d'une coopération formalisée entre l'établissement de santé et la structure de soins ?
 oui
 non
 Si oui, précisez :

Identification de la zone sous dense de la structure partenaire :

Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ?
 oui
 non

Zone d'Action Complémentaire (ZAC) ?
 oui
 non

Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV) ?
 oui
 non

Quotités de travail : (en pourcentage)
L'exercice hospitalier doit être exclusivement : de 40% ou 50% ou 60%

- activités hospitalières :
- activités au sein de la structure de soins:

VOLET 3 – PARTIE ACTIVITES HOSPITALIERES

PRESENTATION DU SERVICE D'ACCUEIL DU PRATICIEN CONTRACTUEL EN ETABLISSEMENT DE SANTE

| Statut | Effectif actuel | Postes vacants | Départs en retraite (prévisions à 2 ans) |
|---------------------------------------|-----------------|----------------|--|
| Praticiens hospitaliers temps plein | | | |
| Praticiens hospitaliers temps partiel | | | |
| Praticiens contractuels | | | |
| Praticiens attachés | | | |
| Assistants et chefs de cliniques | | | |
| Internes | | | |
| Autre, précisez : | | | |

PRESENTATION DES ACTIVITES DU PRATICIEN CONTRACTUEL EN ETABLISSEMENT DE SANTE

1-Activité Clinique

Consultations :

oui

non

Précisez :

Hospitalisations :

oui

non

Précisez

Actes médico-techniques :

oui

non

Précisez

Autres activités cliniques, précisez (visites à domicile,) :

2-Participation à des activités d'enseignement pour la formation clinique des étudiants

A. Formation

Séances de bibliographie :

oui

non

Précisez :

Réunion de dossiers ou autres formations :

oui

non

Précisez :

Participation à des réunions scientifiques :

oui

non

Précisez :

B. Participation à des activités pédagogiques

Encadrement d'internes à l'hôpital recruteur

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Encadrement d'externes à l'hôpital recruteur :

oui

non

Nombre (entier ou zéro) :

Autres activités d'enseignement, précisez :

3-Activités de recherche

Participation à des projets de recherche clinique

oui

non

Précisez :

Participation à la direction de thèses

oui

non

Précisez :

Participation à des réunions de recherche

oui

non

Précisez

Participation à la publication des activités de recherche dans des revues scientifiques

oui

non

Précisez :

Autres activités de recherche, précisez :

4-Activités transversales ou de coordination

Participation au développement des relations ville-hôpital, réseaux de médecins et de structures de santé (consultation avancée,..)

oui

non

Précisez :

Participation au développement et/ou de coordination de programmes d'éducation thérapeutique du patient

oui

non

Précisez les programmes:

Participation au développement et/ou de coordination de programmes de prévention

oui

non

Précisez les programmes :

Autres activités transversales, précisez :

VOLET 4 – PARTIE STRUCTURE DE SOINS

PRESENTATION DES EFFECTIFS DE LA STRUCTURE DE SOINS

Effectifs dans la structure de soins partenaire

| Statut | Effectif actuel | Postes vacants | Départs en retraite (prévisions à 2 ans) |
|--------------------------------------|-----------------|----------------|--|
| Maîtres de Stages Universitaires | | | |
| Médecins libéraux spécialistes en MG | | | |
| Médecins salariés spécialistes en MG | | | |
| AUMG | | | |
| CCU-MG | | | |
| Internes | | | |
| Externes | | | |
| Autres (précisez) : | | | |

La structure partenaire est-elle agréée pour l'accueil d'Internes en stage ambulatoire ?

oui

non

Si non, est-il prévu qu'elle le soit ?

oui, précisez (quand, combien...) :

non

Est-il prévu que la structure accueille des externes ?

oui, précisez (quand, combien ...) :

non

PRESENTATION DES ACTIVITES DU MEDECIN GENERALISTE AU SEIN DE LA STRUCTURE DE SOINS

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 – FICHE DU CANDIDAT PRESENTI POUR LE POSTE PARTAGE

Nom :

Prénom :

Age :

Mail :

Téléphone :

Statut actuel :

Interne

Diplômé d'un DES Français ou Communautaire

Année diplôme :

Si diplômé, activité professionnelle exercée :

Si diplômé, fonction occupée :

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) :

Thèse en cours :

- oui
- non

Si oui, date programmée pour la soutenance :

Si non, année de soutenance de thèse

Inscription à l'Ordre National des Médecins :

- oui
- non

Si oui, numéro d'inscription à l'Ordre :

Si non, date programmée d'inscription :

Est-il prévu une participation à la PDSA ?

- oui
- non

Si oui dans quel cadre ? (lieu, activité, fréquence:

Candidat signataire d'un CESP ?

- oui
- non

Si oui,

Nom Université :

Année de signature du contrat :

Durée engagement (en année) :

Avez-vous déjà rendu une partie de l'engagement ?

- oui
- non

Durée en année :

Dans quelle structure ou établissement de santé ? :

Sous quel statut ? :

Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins obligatoire au 1er novembre 2021 pour la prise de fonctions.

Récapitulatif candidatures postes de médecin généraliste ville/hôpital par ordre de priorité

| Structure de soins partenaire | Nom du Médecin | Ordre de priorité |
|--------------------------------------|-----------------------|--------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

AUCUN DOSSIER INCOMPLET OU HORS DÉLAI NE SERA TRAITÉ