

## 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 de médecins spécialistes partagés 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. »

## Postes Médecins Spécialistes Partagés Ville/Hôpital Vague 2 (2020-2022)

### Dossier de candidature type

Date limite dépôt dossiers : **13 Mars 2020**

Jury de sélection : **23 Avril 2020**

Prise de poste : **1<sup>er</sup> novembre 2020**

Fonctions : **du 1<sup>er</sup> novembre 2020 au 31 octobre 2022**



- **Dossier de candidature à remplir uniquement par le Bureau des Affaires Médicales de l'établissement de santé recruteur. Merci de consulter le mode opératoire de l'application informatique dédiée. Aucun envoi de dossier par mail ou par courrier postal ne sera accepté, ni traité.**
- **Les champs de saisie de chaque volet étant limités, nous vous remercions de bien vouloir renseigner de manière synthétique votre dossier. Vous avez la possibilité de compléter votre candidature pour chaque volet par 1 pièce jugée utile à l'étude du dossier : à déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « Joindre Fichier ».**

Ce dispositif vise à permettre à de jeunes médecins de **développer un exercice mixte, partagé entre une structure hospitalière publique ou privée et une structure de soins de ville (centre de santé, maison de santé pluridisciplinaire, cabinet libéral)**. Les Praticiens Hospitaliers Contractuels Ville/Hôpital pourront ainsi débiter 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
- Créer de vrais parcours professionnels pour les jeunes médecins entre la ville et l'hôpital
- 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:**

1. CV du candidat proposé
2. Lettre de motivation
3. Attestation d'inscription à l'Ordre des médecins et n° RPPS ou d'une date d'inscription prévisionnelle
4. Lettre d'engagement type sur le projet médical partagé et sur le recrutement datée et signée par les directeurs d'établissements hospitaliers et de structures de soins de ville

**Les deux années de Praticien Hospitalier Contractuel ne sont pas prises en compte pour la validation du secteur 2.**

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  |
|---|--|
| <p><b>Nom :</b><br/><b>Type :</b><br/> <input type="checkbox"/> Centre hospitalier<br/> <input type="checkbox"/> Centre hospitalier universitaire<br/> <input type="checkbox"/> Etablissement public de santé<br/> <input type="checkbox"/> Autre</p>   | <p><b>Nom :</b><br/><b>Type :</b><br/> <input type="checkbox"/> Centre de santé<br/> <input type="checkbox"/> Maison de santé pluridisciplinaire<br/> <input type="checkbox"/> Cabinet libéral<br/> <input type="checkbox"/> Autre</p> |
| <p><b>Adresse :</b><br/><b>CP :</b><br/><b>Ville :</b></p>  | <p><b>Adresse :</b><br/><b>CP :</b><br/><b>Ville :</b><br/><b>SIRET :</b></p>  |
| <p><b>Nom &amp; Prénom du Directeur de l'établissement : ....</b></p> <p><b>Pôle d'accueil : ....</b><br/><b>Nom et Prénom du responsable de pôle : ....</b></p> <p><b>Service d'accueil : ....</b><br/><b>Nom et Prénom du chef de service : .....</b><br/><b>Mail : .....</b></p> <p><b>Type :</b><br/>Ce service est-il agréé pour accueillir des internes<br/> <input type="checkbox"/> oui<br/> <input type="checkbox"/> non</p> <p><b>Ce service est-il</b><br/> <input type="checkbox"/> hospitalier<br/> <input type="checkbox"/> hospitalier universitaire<br/> <input type="checkbox"/> Autre</p> |  |
| <p><b>Nom et Prénom du responsable des Affaires Médicales :</b></p> <p><b>Mail :</b></p> <p><b>Téléphone :</b></p>  | <p><b>Nom du responsable du projet au sein de la structure de soins :</b><br/><b>Qualité :</b></p> <p><b>Fonction :</b></p> <p><b>Courriel :</b></p> <p><b>Téléphone :</b></p>   |

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

Candidature déposée au titre de quelle spécialité médicale :

**Descriptif du projet médical partagé :**

Possibilité de déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « *Joindre Fichier* » toute pièce utile à l'étude du dossier.

Existence préalable d'une coopération formalisée entre les partenaires ?

oui

non

Si oui, de quel type ? :

La structure de soins de ville est-elle située en zone sous dense ?

oui

non

Dans quelle zone sous dense est située la structure de soins de ville ? : .....

Type de zone :

Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP)

Zone d'Action Complémentaire (ZAC)

Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)

Quotités de travail :

- activités hospitalières **exclusivement 40, 50 ou 60 %** :

-

40%

50%

60%

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

## 1. Activités cliniques

### Consultations :

oui

non

Précisez :

### Hospitalisations :

oui

non

Précisez :

### Actes médico-techniques :

oui

non

Précisez :

### Actes chirurgicaux :

oui

non

Précisez :

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

Possibilité de déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « *Joindre Fichier* » toute pièce utile à l'étude du dossier.

## 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 dans l'établissement recruteur

oui

non

Nombre :

### Encadrement d'externes dans l'établissement recruteur

oui

non

Nombre :

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 :**

Possibilité de déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « *Joindre Fichier* » toute pièce utile à l'étude du dossier.

**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 :**

Possibilité de déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « *Joindre Fichier* » toute pièce utile à l'étude du dossier.

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

**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

**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 : .....

Possibilité de déposer uniquement au format PDF dans l'onglet « *Joindre Fichier* » toute pièce utile à l'étude du dossier.



## 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 ?**

oui

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 :**

oui

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 ?**

oui

non

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

**Thèse en cours :**

oui

non

Si oui, date programmée de soutenance :

**Internat fait en Ile-de-France :**

oui

non

Si non, lieu d'internat :

**Inscription à l'Ordre National des Médecins :**

oui

non

Si oui, n° RPPS :

Si non, date programmée d'inscription :

**Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins obligatoire au 1er novembre 2020 pour la prise de fonctions.**

