|  |
| --- |
| **Appel à candidatures** **Création de postes de** **Médecins Généralistes Salariés (Volet 2)****-**DOSSIER TYPE DE CANDIDATURE |

****

**Calendrier de dépôt des dossiers : A tout moment**

**DONNEES PERSONELLES**

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, Millénaire 2 -35, rue de la Gare 75935 PARIS CEDEX 19 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 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. »

**PIECES NECESSAIRES CONSTITUTIVES DE LA CANDIDATURE**

**Les candidatures devront être constituées des pièces obligatoires suivantes :**

1. un dossier de candidature type dûment rempli précisant la nature des aides sollicitées ;
2. un pré-projet de santé ou un projet de santé actualisé tenant compte de l’arrivée du médecin salarié;
3. les statuts de l’association employeur, le cas échéant ;
4. un RIB certifié conforme de l’employeur ;
5. la fiche INSEE comprenant la mention du numéro SIRET de l’employeur ;
6. les devis des prestations envisagées s’agissant de l’aide au démarrage, datés de moins de 2 mois;
7. le CV du candidat pressenti ;
8. la lettre de motivation du candidat pressenti ;
9. l’attestation d’inscription à l’Ordre des Médecins et le n° RPPS du candidat pressenti.

**Le dossier complet et ses pièces jointes sont à retourner à l’adresse mail suivante :**

**ars-idf-mgs@ars.sante.fr**

**Contact** : **ars-idf-mgs@ars.sante.fr**

**OBJECTIFS DU DISPOSITIF MEDECINS GENERALISTES SALARIES**

L’ARS Ile-de-France lance, dans le cadre du Plan « Ma Santé 2022 », un appel à candidatures pour permettre la création de postes de Médecins Généralistes dans les territoires prioritaires.

Le second volet de cet appel à candidatures « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires » consiste à soutenir la création de postes de médecins généralistes salariés en apportant notamment aux employeurs potentiels une garantie financière pendant les deux premières années, période qui correspond au temps moyen de constitution de la patientèle.

Ce dispositif vise à implanter ou réimplanter une offre médicale dans les territoires les plus en difficulté et constitue, par ailleurs, un nouveau levier complémentaire des actions déjà entreprises en région pour accroître l’accès aux soins en Ile-de-France.

**FORMULAIRE A REMPLIR**

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 1 – TERRITOIRE D’IMPLANTATION DE L’EMPLOYEUR** |
| 1. **Identification de la zone sous-dense** (en fonction du zonage démographique médecins publié le 7 mars 2018 : <http://www.iledefrance.paps.sante.fr/Le-zonage-medecin.42130.0.html> )

**Zone d’Intervention Prioritaire (ZIP)** [ ]  oui [ ]  non**Zone d’Action Complémentaire (ZAC)**[ ]  oui [ ]  non**Quartiers Prioritaires de la Politique de la Ville (QPV)**[ ]  oui [ ]  non1. **Offre de soins du territoire**

**Hôpitaux les plus proches :****Structures d’exercice collectif (centre de santé, maison de santé pluri-professionnelle, cabinet de groupe) et/ou CPTS sur le territoire :** 1. **Provenance géographique des patients (département(s) et principales communes)**
 |
|  |
| **RUBRIQUE 2 – TYPOLOGIE DE L’EMPLOYEUR**  |
| **Centre de santé** [ ]  oui [ ]  non**Etablissement de santé**[ ]  oui [ ]  non**Médecin libéral**[ ]  oui [ ]  non |
| **CENTRE DE SANTE** |
| 1. **Fiche d’identité de la structure**

**Nom :****Statut juridique :**[ ]  Municipal ou inter-communal [ ]  Associatif[ ]  Mutualiste[ ]  Centre porté par un établissement de santé (public ou privé)[ ]  Société Coopérative d’Intérêt Collectif**Typologie :**[ ]  Pluri-professionnel [ ]  Médico-dentaire[ ]  Médical (exclusif)[ ]  Infirmier (exclusif)[ ]  Dentaire (exclusif)**File active de la structure :****Adresse postale :****Numéro de téléphone :** **Courriel :** **Numéro FINESS :****Système d’information utilisé :**1. **Référent du dispositif au sein de la structure**

**Nom :****Fonction :** **Numéro de téléphone :****Courriel :** 1. **Professions représentées au sein de la structure**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profession** | **Nombre de professionnels** | **Equivalent Temps Plein** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Activités transversales ou de coordination développées par la structure**

[ ]  Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoire [ ]  Projets menés avec des partenaires du territoire (CPTS, e-Parcours, CLS, projet ville-hôpital, consultations  avancées…) Si oui, précisez :…………………………………………….[ ]  Participation au développement d’actions innovantes (télémédecine, protocoles de coopération,…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement d’actions de santé publique (promotion, prévention, éducation à la  santé…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement de programmes d’éducation thérapeutique[ ]  Accueil et encadrement d’externes et/ou d’internes  Si oui, précisez :…………………………………………..... Si non, est-ce envisagé à court ou moyen terme ?.................................................[ ]  Autres :……………………………………………………… |
| **ETABLISSEMENT DE SANTE** |
| 1. **Fiche d’identité de la structure**

**Nom :****Typologie :**[ ] Centre hospitalier [ ] Centre hospitalier universitaire[ ] Etablissement public de santé[ ] ESPIC [ ] Etablissement de santé privé[ ] Autre :**Adresse postale :****Numéro de téléphone :** **Courriel :** **Numéro FINESS :****Nom et Prénom du Directeur de l’établissement :****Pôle d’accueil du médecin généraliste :****Nom et Prénom du responsable de pôle :****Service d’accueil du médecin généraliste :****Nom et Prénom du chef de service :** **Courriel :** **Ce service est-il agréé pour accueillir des internes ?**[ ] oui [ ] non **Ce service est-il :**[ ] hospitalier[ ] hospitalier universitaire[ ] autre**Système d’information utilisé :**1. **Référent du dispositif au sein de la structure**

**Nom :****Fonction :** **Numéro de téléphone :****Courriel :** 1. **Présentation du service d’accueil du médecin**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Statut** | **Nombre de professionnels** | **Equivalent Temps Plein** |
| **Praticiens hospitaliers temps plein** |  |  |
| **Praticiens hospitaliers temps partiel** |  |  |
| **Praticiens contractuels**  |  |  |
| **Praticiens attachés** |  |  |
| **Assistants et chefs de cliniques** |  |  |
| **Internes** |  |  |
| **Autre, précisez : …………………………** |  |  |

1. **Activités transversales ou de coordination développées par la structure**

[ ]  Projets menés avec des partenaires du territoire (CPTS, e-Parcours, CLS, projet ville-hôpital, consultations  avancées…) Si oui, précisez :…………………………………………….[ ]  Participation au développement d’actions innovantes (télémédecine, protocoles de coopération,…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement d’actions de santé publique (promotion, prévention, éducation à la  santé…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement de programmes d’éducation thérapeutique[ ]  Accueil et encadrement d’externes et/ou d’internes  Si oui, précisez :…………………………………………..... Si non, est-ce envisagé à court ou moyen terme ?....................................... |
| **MEDECIN LIBERAL** |
| 1. **Fiche d’identité du médecin libéral**

**Nom :****Prénom :****Adresse postale :****Numéro de téléphone :** **Courriel :** **Numéro d’inscription à l’Ordre :****Mode d’exercice :**[ ]  Exercice isolé [ ]  Cabinet de groupe médical[ ]  Cabinet de groupe pluri-professionnel[ ]  Maison de Santé Pluri-professionnelle**Nombre de patients médecin traitant :****Système d’information utilisé :**1. **Si le mode d’exercice est collectif, professions représentées au sein de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Profession** | **Nombre de professionnels** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **Activités transversales ou de coordination développées par le médecin libéral**

[ ]  Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoire [ ]  Projets menés avec des partenaires du territoire (CPTS, e-Parcours, CLS, projet ville-hôpital, consultations  avancées…) Si oui, précisez :…………………………………………….[ ]  Participation au développement d’actions innovantes (télémédecine, protocoles de coopération,…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement d’actions de santé publique (promotion, prévention, éducation à la  santé…) Si oui, précisez :………………………………………….....[ ]  Participation au développement de programmes d’éducation thérapeutique[ ]  Accueil et encadrement d’externes et/ou d’internes  Si oui, précisez :…………………………………………..... Si non, est-ce envisagé à court ou moyen terme ?..............................................  |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 3 – PERSPECTIVE DE CARRIERE POUR LE MEDECIN EMBAUCHE** |
| **Perspectives de carrière proposées au médecin recruté à l’issue du soutien financier d’une durée de 2 ans apporté par l’ARS Ile-de-France :****Y a-t-il dans la structure au sein de laquelle exerce l’employeur des départs prévisionnels en retraite d’ici 2 ans ?**[ ]  oui [ ]  non **Le recrutement du médecin s’inscrit-il dans une démarche de pérennisation de ce poste à la fin de son contrat ?**[ ]  oui [ ]  non **Si non, précisez les raisons :** |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 4 – FICHE DU MEDECIN CANDIDAT PRESSENTI POUR LE POSTE**  |
| **Nom :** **Prénom :** **Age :** **Adresse postale :** **Numéro de téléphone :** **Courriel :**  |
| **Statut actuel :** [ ] Interne [ ]  Remplaçant[ ]  Médecin installé Précisez l’adresse du cabinet actuel :…………………………………………………………………………………. Précisez les raisons du changement de lieu d’exercice :…………………………………………………………….**Année d’obtention de la 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) : ……………………………………………………………………**Aides conventionnelles (CAIM, COSCOM) et/ou d’Etat (PTMG, PTMA, PTMR) perçues par le candidat ?**Si oui, précisez : ……………………………………………………………………………………………………………**Exercice au sein de la nouvelle structure :**[ ]  Temps complet[ ]  Temps partiel (minimum 50%)**Si le médecin n’a pas encore été identifié par l’employeur**, des démarches ont-elles toutefois été mises en place pour procéder à un recrutement ? Annonce sur des sites internet et/ou sur les réseaux sociaux, utilisation du réseau de médecins local,… ? |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 5 – PRE-PROJET DE SANTE OU PROJET DE SANTE ACTUALISE** |
| Joindre un pré-projet de santé ou un projet de santé actualisé tenant compte de l’arrivée du médecin salarié, contenant les éléments suivants :**Axe prioritaire du projet de santé :**Le projet précise les pathologies ou populations sur lesquelles porteront en priorité les actions du projet de santé. En fonction des thèmes retenus, précisez les compétences existantes au sein de l’équipe : diplôme universitaire, expérience reconnue et acquise,…**Continuité des soins :**Le projet précise l’organisation mise en place pour répondre aux demandes de soins non programmés en médecine générale, en dehors des heures de permanence des soins : amplitude des horaires d’ouverture et possibilités de consultations non programmées. Le projet précise également les modalités de prise en charge du patient par l’ensemble des médecins de la structure, même en cas d’absence de son médecin habituel.**Coordination des soins :**Lister les principales réflexions en cours pour développer une coordination optimale entre les différents professionnels de la structure : dispositif de partage d’information, réunion pluri-professionnelles, mise en place d’une formalisation de la coordination des soins autour du patient, protocolisation entre professionnels de différentes disciplines, coopération interprofessionnels mises en œuvre au sens de l’article L 4011-1 du CSP.**Activités de santé publique (promotion, prévention, éducation à la santé…) :**Lister les principales actions vers lesquelles les professionnels de santé souhaitent s’engager en relais des actions de prévention nationale (semaine de la vaccination, dépistage des cancers…) ou d’actions plus locales.Préciser si des professionnels sont formés à l’éducation thérapeutique ou s’ils souhaitent se former.**Articulation du projet avec son environnement sanitaire, social et autre :**Lister les partenariats effectifs ou à mettre en place avec les acteurs sanitaires et sociaux : établissements de Santé, centres de santé, maisons de santé, CLIC, MAIA, SSIAD, Atelier Santé Ville,… **Accueil et encadrement d’étudiants et internes :**Sont déclinés ici les projets possibles en vue d’assurer la participation à la formation des étudiants à l’exercice pluri-professionnel (terrain de stage, formateurs, liens avec l’université et les écoles). **Actions innovantes (télémédecine, protocoles de coopération…) :**Attention particulière sur les mesures prises pour faciliter l’accès à des spécialités ou techniques particulières (notamment grâce à la télémédecine) soit par une réponse propre, soit par convention passée avec d’autres structures (centre de radiologie, laboratoire de biologie médicale etc…)**Autres actions menées :** |

|  |
| --- |
| **RUBRIQUE 6 – ESTIMATION BUDGETAIRE DE L’AIDE AU DEMARRAGE** |
| Donner une estimation budgétaire du projet envisagé (joindre les devis en annexe) :

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 **MONTANT DU FINANCEMENT DEMANDE  A L’ARS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€** Les dépenses éligibles sont :* les dépenses d’équipement (équipements informatiques, systèmes d’information,…) ;
* les aménagements immobiliers occasionnés pour l’employeur par ce nouveau recrutement ;
* les prestations d’accompagnement au changement, notamment pour les centres mono-professionnels devenant pluri-professionnels.

Le montant sera déterminé au cas par cas en fonction des dépenses prévisionnelles dont feront état les porteurs de projets candidats.  |